

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE FEDERAL DE RORAIMA

SILVANA REIS DE SOUZA

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA COLETA BIOLÓGICA
PARA REALIZAR EXAMES DAS PARTURIENTES NA EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA
VISTA – RR.

BOA VISTA – RR

2015

SILVANA REIS DE SOUZA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA COLETA BIOLÓGICA
PARA REALIZAR EXAMES DAS PARTURIENTES NA EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA
VISTA – RR.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha da
Universidade Federal de Roraima como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Orientador: Fabrício Barreto

BOA VISTA – RR

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG.

Souza, Silvana Reis

Proposta de implantação de protocolo para coleta biológica para realizar exames das parturientes na urgência/emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré – Boa Vista, RR, 2015.

66 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha.

Inclui referências

1. Protocolos. 2. Protocolos clínicos. 3. Sistema organizacional. 4. Sorologia. 5. HIV. 6. Parto. 6. Coleta biológica. I. Barreto, Fabrício. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha. III. Título

SILVANA REIS DE SOUZA

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA COLETA BIOLÓGICA
PARA REALIZAR EXAMES DAS PARTURIENTES NA EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA
VISTA – RR.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha da
Universidade Federal de Roraima como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

APROVADO EM: ____/____/____

Profº MSC. Fabricio Barreto

Profa. MSC. Cinthia Cassimiro

Profo. MSC Rafael Brito

Profa Drª Marta Araujo Amaral

Dedico este trabalho a uma pessoa que sempre está ao meu lado, Sofia Thomé, que sempre me incentivou a realizar esta especialização, por todo carinho, amor e paciência. E a minha Filha Fernanda Reis por sempre me esperar e compreender sempre minha ausência nas horas de trabalho e estudo. E aos meus pais Antônio de Souza e Maria Zenilda que são meus alicerces e meus espelhos para sempre ser uma pessoa humilde, batalhadora, ter bom caráter e acima de tudo, sempre vendo o lado bom de tudo que nos deparamos de ruim. O meu muito obrigado a essas pessoas tão especiais e importantes que fazem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos professores que contribuíram para meu enriquecimento profissional e que me ensinaram muito até aqui;

As minhas colegas, enfermeiras da maternidade que me receberam muito bem no campo de estágio e aquelas que acabaram contribuindo, ficando nos meus plantões na minha ausência;

A gestão da maternidade, tanto a direção geral, quanto a direção de enfermagem que contribuíram para minha liberação para realização desta especialização;

A coordenação local do curso de Especialização que sempre esteve receptiva às nossas dúvidas e anseios.

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

(Cora Carolina)

RESUMO

Este trabalho de pesquisa, de enfoque qualitativo, consiste de uma proposta de implementação de protocolo para coleta de material biológico (sangue) para realizar exames das parturientes na urgência/emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, em Boa Vista/RR. A utilização de Protocolo de assistência a parturiente na sua admissão no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré será baseado em evidências, sendo os protocolos clínicos instrumentos constituídos com o objetivo de atenuar a variabilidade de condutas clínicas e garantir um atendimento mais seguro e qualificado a parturiente. E aos profissionais de saúde. Com a proposta da implantação do protocolo de imediato na admissão da parturiente, as enfermeiras e os médicos obstétricos terão autonomia, segurança, pois trabalhar com protocolos, pode-se organizar a assistência, otimizar recursos e proteger pacientes de práticas muito variadas, oferecer respaldo institucional e fornecer um padrão de assistência ao parto qualificado, para que o protocolo tenha eficácia e efetividade, será necessário que os profissionais de saúde se envolvam neste processo, e que a coleta de material biológico da parturiente, seja cumprido rigorosamente. Constatou-se que o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, não possui protocolo admissional, e que os médicos obstétricos não tem conhecimento deste modelo de protocolo no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, e que os profissionais do laboratório de análises clínicas, também desconhecem este método. Nesta pesquisa, ficou claro e reconhecido que a adoção do protocolo para coleta biológica para realizar exames das parturientes, trata grandes benefícios para a saúde pública, principalmente em relação a redução de custos, e segurança para mãe e bebê, e aos profissionais de saúde. Diante da problemática identificada durante esta pesquisa, fica clara a importância da intervenção para a padronização de um protocolo na admissão para coleta de exames obrigatórios da parturiente na maternidade, com envolvimento e conhecimento de todos os profissionais.

Palavras-chaves – Protocolos – Exames – Humanização – Padronização

ABSTRACT

This research has a qualitative approach, consists of a protocol implementation proposal for biological collection to perform tests of pregnant women in urgent / emergency the Maternal and Child Hospital Our Lady of Nazareth in Boa Vista / RR. The use of the mother assistance Protocol on its admission to the Mother and Child Hospital Our Lady of Nazareth will be based on evidence, and clinical protocols instruments made in order to mitigate the variability of clinical procedures and ensure a safer and qualified service the mother . And healthcare professionals. With the proposal of immediate protocol implementation on admission of the mother, the nurse obstetric doctors will have autonomy, safety, because working with protocols, you can organize assistance, optimize resources and protect patients from very different practices, providing institutional support and provide a standard of care to qualified labor, so that the protocol has efficacy and effectiveness will require that health professionals be involved in this process, and that the collection of biological material of the mother, will be met strictly. It was found that the Maternity Hospital and Our Lady of Nazareth, does not have admission protocol and obstetric doctors are unaware of this protocol template in the maternity ward, and that the professionals of the clinical analysis laboratory, also unaware of this method. In this research, it was clear and recognized that the adoption of the protocol for biological collection for tests of pregnant women, comes great benefits to public health, especially in relation to cost reduction, and safety for mother and baby, and health professionals. Regarding the problem identified during this study, it is clear the importance of taking action to standardize a protocol on admission to collect mandatory biological tests of the mother in The Hospital Materno Infantil, Our Lady of Nazareth ward, with the involvement and knowledge of all professionals.

Keyboard - Protocols - Surveys - Humanization - Standardization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Protocolo de Manchester, MAFRA 2010	29
Figura 2 - Proposta de Protocolo (PROJETO DE INTERVENÇÃO)	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Testes de HIV nas parturientes em 2014. SAME, HMINSN, 2014; Acolhimento/HMINSN/2014	36
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – A Critério Médico

ALCON - Alojamento conjunto

BLH - Banco de Leite Humano

CME - Central de Material e Esterilização

CRIER - Centro de Imunobiológicos Especiais de Roraima

EUA – Estados Unidos da América

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

HMINSN – Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde do Brasil

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNPN - Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

POP - Procedimento Operacional Padrão

REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RPA - Recuperação Pós-anestésica

RPA - Recuperação Pós-anestésica

S/N – Se necessário

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SUS Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VDRL *Veneral Disease Research Laboratory*; Teste do Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. PROBLEMÁTICA	16
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	17
4. JUSTIFICATIVA	19
5. REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 Estruturas organizacionais e sua relação com os Protocolos Clínicos	20
5.2 A qualidade da assistência e o uso de protocolos clínicos	24
5.3 Uso dos protocolos e o processo decisório.	27
6. PÚBLICO ALVO	37
7. OBJETIVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	38
7.1 Objetivos específicos	38
7.2 Protocolo Proposto	38
7.3 Fluxograma de coleta de exames biológicos obrigatórios na admissão da parturiente no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista/RR	39
8. METAS	40
9. METODOLOGIA	41
10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	42
11. ORÇAMENTOS	43
12 RECURSOS HUMANOS	44
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXO - PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013	49
APÊNDICE - FLUXOGRAMA DE COLETA DE SANGUE PARA EXAMES OBRIGATÓRIOS NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA VISTA/RR	66

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de intervenção tem por objetivo propor uma mudança no processo de trabalho da equipe da maternidade de referência Nossa Senhora de Nazaré – RR, buscando melhorar o acolhimento e a assistência à gestante antes, durante e depois do parto e ao seu bebê devido à identificação de falhas da demora de exames obrigatórios durante a assistência prestada na referida maternidade.

Nas últimas décadas, a prática médica vem sendo acompanhada do desenvolvimento ampliado da tecnologia, refletindo num aumento de opções de diagnóstico e de terapêutica.

Para atenuar a variabilidade de condutas e garantir a qualidade do atendimento prestado, surgiram algumas medidas como a implementação dos protocolos clínicos (Dent, 1999). Estas ferramentas são descritas como instrumentos designados para auxiliar os profissionais, principalmente os médicos, para a tomada de decisões mais complexas sobre a assistência de seus pacientes.

A prática dos protocolos vem sendo implantada em diversos países, assim como nos hospitais, clínicas, e ambulatórios no Brasil, e conseqüentemente no Estado de Roraima. O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth vem dedicando empenho através da sua equipe médica para desenvolver tais instrumentos com objetivo de otimizar o seguimento da clínica médica.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados pelas diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, tem, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura mostra, em relação aos protocolos, número mais altos de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco, a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares, em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.

Encontramos, também, estudos sobre protocolos assistenciais, protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outras denominações.

Atualmente, o Brasil conta com a Rede Cegonha que foi lançada em 2011 e é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Dentro deste contexto o presente Projeto de Intervenção visa, entre outros objetivos, programar um protocolo de exames necessários às parturientes na sua admissão na maternidade, com objetivo de garantir segurança a saúde da mãe e do bebê, e dos profissionais de saúde, e assegurar às mulheres a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

2 PROBLEMÁTICA

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré é o único hospital de referência para atendimento dos serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia em Roraima, realizando partos, cirurgias de grande porte, atendimentos de urgência e emergência, bem como atendimentos de alta complexidade na UTI neonatal. Visando a proposta de implantação de protocolo para coleta de materiais biológicos na emergência do HMINSN, pergunta-se:

- ✓ Existe um ambiente acolhedor para recepcionar a parturiente?
- ✓ Como ocorre a avaliação obstétrica para definir o fluxo? (Para onde será encaminhada a paciente?)
- ✓ Existe um ambiente próprio para coleta de material biológico?
- ✓ Qual seria o fluxograma de atendimento e coleta do material biológico na emergência do HMINSN?

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré – HMINSN – é uma instituição pública, estadual, mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurada dia 5 de outubro de 1982, para prestar assistência nas áreas de ginecologia e obstetrícia.

O HMINSN trabalha com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, a fim de melhor atender a mulher e o recém-nascido (até 28 dias), tendo a missão de “Desenvolver ações de atenção integral à saúde de comunidade, em especial da mulher e do neonato, em nível ambulatorial e hospitalar, com Equidade, Qualidade e Resolutividade”.

Os Serviços são distribuídos da seguinte maneira:

Acolhimento: ocorre o primeiro contato entre a cliente e a Unidade, onde ela é acolhida, orientada e encaminhada para consulta médica e, se necessário, realização de exames. É composto por sala de aconselhamento; sala de observação com dois leitos. É neste setor que será proposta a implantação da coleta de sangue para os exames propostos.

Ala das Violetas: é composta por uma Central de Material e Esterilização - CME, cinco salas para cirurgias ginecológicas, uma para curetagens e outra para Recuperação Pós-anestésica (RPA).

Ala das Pedras Preciosas: presta assistência multidisciplinar ao recém-nascido em situação de risco. É composta de 10 leitos de UTI, 18 para cuidados intermediários e seis para “mães cangurus”, com incentivo ao aleitamento materno e visita permanente das mães.

Ala dos Girassóis: composta por trinta e seis leitos destinados a internação e tratamento de mulheres com gestação de alto risco.

Ala das orquídeas: formada por dois leitos de alto risco, onze para o pré-parto e oito apartamentos para a realização do parto individualizado, cujo procedimento humaniza as ações assistenciais através do acompanhante durante o procedimento.

Ala das Rosas: alojamento conjunto (ALCON), com sessenta leitos binômios para puérperas de parto normal e cesárea, sendo estas mães e seus familiares incentivados ao aleitamento materno.

Ala das Margaridas: composta por 32 leitos destinados a internação de mulheres com problemas ginecológicos para tratamento clínico ou operatório.

Centro de Imunobiológicos Especiais de Roraima – CRIER: oferece vacinas especiais a crianças de baixa imunidade ou com risco de doenças imunopreveníveis, além de vacinas de rotina.

Banco de Leite Humano – BLH: tem como objetivo principal incentivar, proteger e promover o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, orientando a ordenha mamária, doação, pasteurização e acondicionamento do leite, para diminuir os índices de morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida da população.

4 JUSTIFICATIVA

Esta proposta de implantação de protocolo para coleta biológica para realizar exames das parturientes na emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth em Boa Vista – RR tem como fator importante, a padronização de uma rotina para coleta dos exames laboratoriais necessários as parturientes, devendo os profissionais envolvidos no processo estar cientes da rotina estabelecida.

Espera-se com a intervenção possibilitar uma padronização da assistência obstétrica na coleta de exames necessários, com resultados imediatos, para que a parturiente tenha um parto seguro, com diagnósticos precisos, evitando a insegurança dos profissionais, e organizar de uma maneira mais clara o fluxo na rotina da emergência.

Em relação aos benefícios, o projeto de intervenção para o uso deste protocolo poderá contribuir para a padronização da assistência obstétrica, proteger a parturiente e os profissionais, a solicitação dos exames no tempo certo, na hora certa, com resultados imediatos, além que a utilização do protocolo oferece respaldo institucional ao médico, e aos enfermeiros.

Outro benefício é a possibilidade de um melhor planejamento, e a segurança da equipe médica e de enfermagem, além do comprometimento da equipe do laboratório de análise clínica da maternidade, em diagnosticar possíveis patologias, para evitar possíveis morbimortalidade da mulher e da criança.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta pesquisa, foi buscado respaldo em referências teóricas que permitissem fazer um estudo sobre a temática em questão, no sentido de subsidiar a análise e discussão dos dados da pesquisa.

A pesquisa foi estruturada em três blocos de forma a facilitar a compreensão do tema. O primeiro diz respeito à estrutura organizacional e sua relação com os protocolos clínicos. O segundo focaliza as características da aplicabilidade dos protocolos e finalmente o terceiro, está relacionado com o uso dos protocolos e o processo decisório.

Salienta-se que estas temáticas foram abordadas por considerá-las intrinsecamente relacionadas com a questão dos protocolos, conforme a seguir.

5.1 Estruturas organizacionais e sua relação com os Protocolos Clínicos

Se analisarmos a evolução da administração como campo científico, observamos alguns momentos pontuais que definiram a conduta da gestão de várias organizações. No início do século XX predominava uma visão focada no homem-máquina, prevalecendo a produção em massa e em série sem personalização de atendimento e produto. A administração voltava-se para a alta especialização, produtividade em série e em escala e racionalização dos processos, visando sempre resultados máximos, tendo Taylor como o grande representante desse modelo atuando nos EUA, conhecido como Teoria Científica (MINTZBERG, 1996).

Neste mesmo período surgiu Fayol, na França, definindo as funções básicas de uma empresa técnica, comercial, financeira, contábil, segurança e administrativa, visto que a última destaca-se como planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar. Fayol ainda contribuiu com a formulação dos quatorze princípios básicos da administração, conforme o enfoque científico: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, objetivo geral maior que o objetivo específico, remuneração justa, centralização, hierarquia, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e união do pessoal. A Teoria de Fayol foi denominada por alguns autores de anatômica, pois teve como preocupação básica criar

sistemas de gerenciamento da organização para o corpo administrativo da empresa (MAXIMIANO, 2011).

Após essas fases, tivemos a transição da teoria da administração para a teoria das organizações que passa a dar ênfase à eficiência dos sistemas. Os autores dessa fase concluem que não existe uma relação simples e constante entre moral, satisfação, coesão e produtividade. Eles argumentam que a participação passa a ser o elemento de maior impacto no sistema organizacional. Sendo assim, essa transição teórica se referêcia no processo de tomada de decisão e a eficiência depende da articulação de fatores estruturais e comportamentais. Essa corrente tem como representantes Herbert Simon e Chester Barnard.

Outros teóricos clássicos como Fayol, também viam as organizações a partir de suas partes, departamentos funcionais, e que ainda hoje se mantém nesta lógica funcional, fragmentada tais como produção, pessoal, finanças, pesquisas e desenvolvimento (MARINHO, 1990).

Após o enfoque homem-máquina e as teorias transitivas, surge o trabalho do psicólogo industrial australiano George Elton Mayo, realizado nos EUA, que sugere uma relação entre moral, satisfação e produtividade. O fundamento de sua contribuição está na tentativa de explicar o homo social, considerado um resultado das relações do meio, muito além de um esquema mecanicista como era proposto anteriormente.

Segundo Simon 1979, a Administração Científica proposta pelas premissas tayloristas e fayolistas, é marcada por uma rígida ênfase nas tarefas e controle do processo de trabalho, ancoradas na lógica da racionalidade plena.

Para Mayo o homem é influenciado por incentivos emocionais e aumenta sua produtividade quando está integrado ao grupo, pois ele tem a necessidade de sentir-se “fazendo parte”. A partir de seus estudos foram desenvolvidas estratégias nas fábricas para torná-las extensão do lar, foi instituída assistência social nas empresas, visando promover apoio aos funcionários, bem como foram instituídas atitudes democráticas no modelo de gestão, que passou a ser conhecida como a Teoria das Relações Humanas.

Como ampliação de contribuição da teoria anterior surge a Teoria Comportamentalista, também conhecida como Behaviorismo e eleger como tema central

a motivação. Diferentemente da teoria das Relações Humanas, ela não desprezava a existência dos conflitos e não considerava as empresas como uma extensão do lar.

Um dos maiores contribuintes dessa teoria foi Abraham H. Maslow que explicou as necessidades humanas: fisiológicas, segurança, sociais, estima e autorrealização.

Neste mesmo período, surgem vários estudos relacionados à liderança e ao processo decisório, tendo Rensis Likert e Kurt Lewin como os grandes estudiosos, os quais classificaram os diferentes estilos de liderança como: autoritária, democrática e liberal, a natureza da liderança pura, imposta e indicada, e as formas de lideranças como a paternalista, coercitiva, barganha. Quanto ao processo decisório, classificaram os tipos de decisões em programada e não programada, bem como as fases de um processo decisório como sendo identificação do problema, determinação do momento oportuno para a decisão, obtenção das informações, exame das soluções possíveis, escolha da melhor solução e execução.

Para Marinho (1990), os teóricos clássicos projetavam as organizações de tal forma que suas estruturas mecanicistas apresentavam maior dificuldade em se adaptar a situações de mudanças, porque são constituídos para atingir objetivos predeterminados, procedimentos padronizados, apresentando dificuldades de lidar eficazmente com circunstâncias novas. Este tipo de racionalidade funcional parece não propiciar as pessoas uma maior reflexão sobre o que estão fazendo.

Morgan (2000), na sua obra *Imagens da Organização*, ao analisar os diferentes contextos organizacionais a partir do uso de metáforas, intitula tais modelos racionais como máquinas, devido a sua perspectiva mecanicista. O autor critica a dominância de tais modelos, destacando outras dimensões que se fazem presentes na dinâmica das organizações, como é o caso da ideia de que possam ser vistas não apenas como máquinas, mas como organismos vivos, como cérebros, como cultura, como transformação, dentre outros elementos constitutivos. Reforça a ideia de que ao contrário da rigidez dos modelos mecanicistas, as organizações orgânicas são mais flexíveis e dinâmicas, conferindo-lhe uma condição mais superior em termos de funcionalidade.

Morgan (2000) aprimora sua análise e traz a visão das organizações vistas como cérebros: organizações que aprendam. Enfatiza a importância da criação de

organizações que estejam capazes de inovar e evoluir para atender desafios de ambientes em mudanças, isto é, precisam inventar maneiras novas de fazer suas atividades para criar novas possibilidades.

Na década 1960, surge uma nova tendência, o estruturalismo. Nessa análise a organização é vista como agrupamentos complexos de recursos humanos e materiais que estão inter-relacionados entre as partes que compõem um todo. Nessa concepção, prevalece a organização do homem em torno das necessidades organizacionais, sendo verificadas as questões de incentivos e recompensas pelas atividades realizadas. O estruturalismo também percebe nos conflitos possibilidades de obtenção de resultados, pois eles são vistos como um dos elementos constituintes das organizações. Inicia-se nessa concepção a visão das organizações como um sistema formado por partes de modo integrado para a obtenção de resultados máximos.

Em seguida a essa análise surge a contribuição do biólogo Ludwing Von Bertalanffy que reconhece a falta de integração entre os campos científicos em decorrência do excesso da divisão do trabalho e a conseqüente alta especialização. Ele traz para o campo da administração conceitos como sistema, subsistema, ecossistema, entropia, limite do sistema, homeostasia, retroação, dentre outros, os quais permitem uma visão organizacional de forma ampla e complexa nas suas relações a partir da percepção de que uma empresa é um sistema formado por subsistemas menores que estão inter-relacionados numa teia interdependente e, como todos os outros sistemas vivos, tendem a se desestruturar, gerando a sua própria entropia, cabendo a ela mesma promover ações de adaptações e reorganização para manter a sua vida de forma equilibrada, porém em constante estado de transformação. Essa abordagem ficou conhecida como Teoria Geral dos Sistemas.

A partir desta visão organizacional como sistema, percebeu-se que as organizações são dinâmicas e estão em constante estado de transformação, cabendo a elas um papel contínuo de mudança. Sendo assim, surge a contribuição da teoria do desenvolvimento organizacional que visa estudar o processo de mudança organizacional de forma planejada a partir de uma visão do sistema como um todo. A mudança organizacional é percebida quando ocorre a necessidade de alterações tecnológicas, estruturais, comportamentais e de revisão de conhecimento estratégico. A ação de mudança organizacional inicia com um diagnóstico situacional e em seguida com um

planejamento de ações que ajudam no desenvolvimento da empresa. Essa teoria também estuda os aspectos relacionados às resistências às mudanças e como contorna-las para a obtenção de melhores resultados.

Podemos perceber que todas as teorias administrativas possuem vantagens e desvantagens e devem ser utilizadas conforme a realidade e momento de cada organização, o importante é conhecermos as diversas análises de possibilidades de gestão e a sua evolução histórica como decorrente do próprio desenvolvimento das organizações e das necessidades em melhorarmos o seu desempenho para a sociedade, para os fornecedores, colaboradores, parceiros, e acima de tudo, para os clientes, tendo em vista que as empresas, públicas ou privadas, com ou sem finalidade lucrativa, possuem papel relevante para a sociedade, pois é a partir delas que são geradas as atividades que movimentam a economia internacional.

Ao mesmo tempo em que podemos dizer que todos os modelos de gestão possuem contribuições e restrições, sempre houve necessidade de perceber quais modelos efetivamente garantem melhores resultados. A relação da necessidade de conhecermos as possíveis teorias administrativas é importante para melhor entendermos e implementarmos os critérios de excelência das organizações.

Apesar do nível de complexidade que envolve as organizações de saúde, destinadas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação da saúde humana, mantém suas estruturas fortemente calcadas nas premissas das teorias clássicas, operando na lógica mecanicista dos sistemas racionais.

Neste contexto, as normas e padronizações são ferramentas determinantes, pois estruturas são definidas, caracterizadas por uma realidade concreta, fundamentada em um conjunto de normas escritas e destacando a técnica (Etzioni, 1980).

5.2 A qualidade da assistência e o uso de protocolos clínicos

O hospital vem sendo atingido claramente por fatos e fatores que interferem na assistência que o doente espera receber. Abalado pela doença que o atinge esse doente espera encontrar pessoas e equipamentos em condições de lhe prestar todo o amparo de que necessita. Por tais razões, o hospital moderno precisa estar suficientemente organizado para garantir plena condição de recuperação do doente. Daí a importância de cuidar dos determinantes organizacionais no hospital.

O termo protocolo tem um significado bastante amplo, identificando-se diretamente com o próprio procedimento. Por extensão de sentido, protocolo significa também um trâmite a ser seguido para alcançar determinado objetivo.

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços.

Focando a abordagem clínica, o Ministério da Saúde afirma:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica.

Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com Jacques (2007) a gestão do conhecimento tem possibilitado o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços por meio da construção de protocolos médicos-assistenciais. Para os autores, desafiando a existência de tensões e conflitos no interior dos serviços de saúde, a gestão do conhecimento fundamenta-se na necessidade de que a construção desses protocolos funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de idéias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados, e ainda de acordo com os autores, os protocolos propiciam processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos assistenciais almejados.

Protocolos clínicos são recomendações desenvolvidas sistematicamente a respeito de uma circunstância específica, baseadas nas melhores evidências científicas

disponíveis, e devem servir como instrumento de auxílio no processo de tomada de decisão, no sentido de orientar o que deve ser feito para garantir uma boa qualidade de assistência e, ao mesmo tempo, para facilitar a vigilância das situações de risco. Sua elaboração e utilização tornaram-se mais sistemáticas e amplas por conta da necessidade de racionalizar custos crescentes em virtude de inovações tecnológicas na área da saúde, com as conseqüentes modificações no processo de trabalho (SILVA,2003).

É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços.

Algumas vezes, os protocolos são demandados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos de seu dia-a-dia. Noutras situações, podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS em cada local e a cada momento.

Porém é importante lembrar que, embora seja útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações.

Para Campos e Amaral (2007), “o trabalho clínico representa regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolo”. No entanto, a clínica apresenta significativa variedade de demandas por atenção e esse fato traz a necessidade de que se combine a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso.

Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de se organizar melhor as ações, e os serviços devem seguir diretrizes, em geral são as diretrizes do SUS, que melhor se adéquam às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade. Portanto, são diretrizes políticas, desta forma, os protocolos são instrumentos que não são neutros, ao seguirem as diretrizes, eles seguem a política de saúde que as ditam.

5.3 Uso dos protocolos e o processo decisório.

A implementação de protocolos apresentam limites, nem sempre conduzindo às mudanças no processo de trabalho, eliminando tensões e conflitos ou respondendo às demandas de cada paciente. Nesses casos, é importante que os profissionais se preparem para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado e factível a ser avaliado.

De acordo com Dent (1999), os protocolos são estabelecidos para garantir a prática, assegurando um atendimento de qualidade no cuidado da saúde, e que as práticas dos protocolos clínicos encontram espaço para seu desenvolvimento nos modelos de estrutura clássica, apontada anteriormente, no entanto, salienta que este não é um processo de desprofissionalização, ou de impessoalidade, mas uma forma de estabelecer condições para assegurar autonomia da enfermeira obstétrica e do médico obstétrico.

Mediante revisão da literatura, foi possível identificar alguns tipos de protocolos clínicos, sendo os protocolos clínicos baseados em evidências que tem sido mais descritos na literatura (Eddy, 1990; Owens, 1998), protocolos baseados em resultados, e o protocolo baseado na preferência. Os métodos de protocolos baseados em evidências e baseados em resultados são combinados com as preferências do paciente para possível resultado das intervenções. Porém a inclusão das preferências do paciente tornam-se mais difíceis a criação desses protocolos, mas por outro lado, produz uma maior qualidade aos protocolos, pois possibilita valorizar a variabilidade de necessidades e singularidades dos pacientes, alterando os valores no processo de tomada de decisão.

Os primeiros protocolos clínicos foram desenvolvidos e aplicados no cuidado da saúde em 1980, focados no interesse de aumentar a eficiência hospitalar e diminuir a variabilidade de condutas (PEARSON, 1995).

De acordo com Grimshow, 1999, a literatura destaca as formas mais usuais de construção de protocolos clínicos baseados em evidência científica, consensos de grupos ou associações destes dois tipos.

A implementação de protocolos clínicos, torna-se dificultoso, pois é necessário fazer revisão da literatura para que possa ter validade e ser confiável para sua aplicabilidade.

O Ministério da Saúde contempla através do REFORSUS, iniciativas que garantam a qualidade do serviço de saúde, incluindo desenvolvimento de sistemas de acreditação, processos de garantia da gestão de qualidade, bem como rotinas clínicas e protocolos, práticas e consensos sobre problemas clínicos prioritários (OPAS, 2001).

O Ministério da Saúde, atualmente, tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio de adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional. No Brasil, o primeiro estado a implantar o protocolo de Manchester foi Minas Gerais, com o propósito de organizar o fluxo de pacientes nas unidades de saúde, porém na emergência, no Hospital Odilon Behrens de Belo Horizonte, já era utilizado um protocolo próprio constituído pela equipe do hospital. Também foi implantado em Curitiba e São Bernardo, em São Paulo, em cada lugar a implantação dos protocolos são desafios ímpares, mas, em geral, as implantações de projetos com o Protocolo de Manchester, parecem ser exitosas nas redes públicas e particular, em todos os lugares onde são iniciadas.

Protocolos clínicos são recomendações desenvolvidas sistematicamente a respeito de uma circunstância específica, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e devem servir como instrumento de auxílio no processo de tomada de decisão, no sentido de orientar o que deve ser feito para garantir uma boa qualidade de assistência e, ao mesmo tempo, para facilitar a vigilância das situações de risco. Sua elaboração e utilização tornaram-se mais sistemática e ampla por conta da necessidade de racionalizar custos crescentes em virtude de inovações tecnológicas na área da saúde, com as consequentes modificações no processo de trabalho (SILVA,2003).

O procedimento mais comumente realizado quando a gestante é acolhida em maternidades pela enfermeira da triagem, é o Protocolo de Manchester¹, pois este utiliza-se tecnologia de averiguação de sinais e sintomas para definir nível de gravidade e prazos de atendimento. O método é validado pelo Ministério da Saúde e segue as recomendações sobre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. (SUS).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, e tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado

¹ Protocolo de Manchester classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente. Este protocolo recebeu este nome por ter sido aplicado pela primeira vez na cidade de Manchester, em 1997.

até a observação médica. Os critérios incluem agravos à saúde ou grau de sofrimento. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação de risco, segundo o Protocolo de Manchester é a seguinte:






NÚMERO	NOME	COR	TEMPO
1	Emergência	 Vermelha (Necessita de atendimento imediato)	0 min.
2	Muito Urgente	 Laranja (Necessita de atendimento praticamente imediato)	10 min.
3	Urgente	 Amarelo (Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar)	50 min.
4	Pouco Urgente	 Verde (Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde)	120 min.
5	Não Urgente	 Azul (Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.	240 min.

Figura 1 – Protocolo de Manchester

Fonte: MAFRA, 2010

Emergências obstétricas são situações que põem em risco a vida da grávida e do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. A atenção hospitalar é responsável pela assistência nas intercorrências durante a gestação e durante o parto e puerpério, buscando priorizar o diagnóstico de imediato para a intervenção, e um tratamento de seguro na emergência obstétrica (MAFRA, 2010).

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização. Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de

saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

O início do trabalho de parto acontece com a presença de contrações uterinas regulares, que não aliviam com o repouso, e que aumentam progressivamente com o tempo, tanto em intensidade quanto em frequência. Estão associados ao apagamento e dilatação progressivos do colo. É nesse momento que a maioria das mulheres procuram a unidade hospitalar ou Casa de Parto e são internadas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os profissionais devem acolher e apoiar a mulher e seu acompanhante desde sua chegada, sendo, portanto, um momento importante para iniciar um relacionamento de confiança. É necessário apresentar-se e dar informações sobre a assistência e os diversos profissionais que poderão acompanhá-la durante sua estadia na maternidade.

A equipe de enfermagem deve implementar assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, norteadas nos princípios do modelo humanizado de atenção ao parto (BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudável, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança.

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS).

No HMINSN, os profissionais acolhem a mulher na porta de entrada, pois é neste momento que o acolhimento é um dispositivo técnico-assistencial que possibilita a identificação das prioridades para o atendimento de acordo com a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada parturiente, com a finalidade de classificar as gestantes de acordo com a gravidade e o quadro clínico apresentado visando priorizar os atendimentos de maior urgência de acordo com critérios pré-estabelecidos.

No HMINSN, as mulheres chegam à emergência, fazem a ficha na recepção, e são encaminhadas direto para atendimento de enfermagem em uma sala, onde todas as

mulheres são recebidas juntamente, pois inexistente sala de triagem/acolhimento com classificação de risco, e nenhum protocolo para atendimento padronizado na admissão da parturiente. Após verificação dos sinais vitais e coleta da queixa principal esta mulher é encaminhada ao atendimento médico.

De acordo com pesquisas realizadas na internet, livros, etc, pode-se identificar, que este tipo de protocolo a ser implementado como projeto de intervenção no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista/RR, não foi encontrado em referências bibliográfica. Identificamos que existem vários tipos de protocolos clínicos, padronizados, conforme o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os protocolos obstétricos são realizados de acordo com cada caso, por exemplo: Protocolo de DST/AIDS, Partograma, Sífilis, HIV, Teste Rápido, entre outros. No Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim em São Paulo, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através do programa Pro-Hosp (Protocolos Clínicos), com o Fluxograma de Atendimento a Gestante/Parturiente, e no Projeto Nascer do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST e Aids, com no Fluxograma na Admissão da Parturiente na Maternidade, além dos protocolos preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, foi implantados protocolos baseados em evidências, porém durante a pesquisa, não foi possível encontrar este tipo de protocolo em outras maternidades.

Mesmo nos protocolos da rede cegonha, não foi encontrado protocolo específico na admissão da parturiente na maternidade, com padronização, otimizando tempo, custos e segurança. Sendo assim será a primeira maternidade a adotar um protocolo admissional a parturiente para coleta de sangue, baseado em evidências e de acordo com a realidade local.

A gravidez e o nascimento são eventos únicos na vida da mulher e, deste modo, é responsabilidade de todos aqueles envolvidos na assistência proporcionarem-lhe uma atmosfera de carinho e humanismo que a apóie neste momento tão importante. O local do nascimento não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde a mulher não possa expressar livremente seus sentimentos e necessidades. O tratamento dado a ela deve ser individualizado e flexível. É necessário que a mesma se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. A presença de uma pessoa ao seu lado

(marido, familiar, amiga, doula, etc.) deve ser encorajada e deve-se evitar a separação mãe-filho por qualquer momento desde o nascimento até a alta.

Tanto os fatores científicos e humanos devem ser considerados para assegurar uma experiência bem sucedida e gratificante para todos os envolvidos. Além do mais, para a mulher, a sensação de estar sendo compreendida e em controle de si mesma pode resultar em uma experiência de alegria e crescimento interior, favorecendo um resultado positivo, permitindo que o nascimento seja a celebração da vida e do amor (MONTENEGRO & REZENDE, 2013).

A Constituição Federal de 1988 promoveu a proteção à maternidade e à infância, bem como reconheceu a saúde com um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, tem sido formuladas políticas e diretrizes de qualificação e humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, esforço esse que se traduziu, no ano de 2000, na implementação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PNP, e em 2004 no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

O SUS inclui todos os cidadãos na área de abrangência da prestação de serviços de saúde, e atribui ao Estado o dever de cumprir o que passou a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros, iniciando em 1988, um processo de construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pautados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Embora o parto e o nascimento sejam eventos normais e fisiológicos, podem ocorrer complicações tanto para a mãe quanto para a criança, algumas vezes fatal. Em vista disso, a busca desenfreada da segurança e de um nascimento “perfeito”, levou à introdução de novas práticas e tecnologias sofisticadas na assistência ao parto com a esperança de se obter um controle destas complicações.

Na realidade, os avanços da medicina têm conseguido melhorias significativas nos indicadores de saúde materna e perinatal, principalmente nos países desenvolvidos. Entretanto, estes mesmos avanços podem ter contribuído para um aumento nos casos de litígio médico-legal, visto que para a população passou-se a idéia de que todos os eventos desfavoráveis poderiam ser evitados. Novas evidências científicas, por outro lado, têm demonstrado que tais técnicas têm sua limitação e muitas são aplicadas sem a devida validação.

O trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Pode ser pré-termo, se iniciado de 20 a 36 semanas e 6 dias de gestação, a termo se gestação de 37 a 41 semanas e 6 dias e pós termo nas gestantes com idade gestacional superior a 42 semanas. Neste protocolo abordar-se-ão gestantes com trabalho de parto. Ressalta-se que didaticamente o parto pode ser dividido em 4 períodos: 1º período: Dilatação: Inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que modificam a cérvix e termina com dilatação completa (divido em fase latente e ativa); 2º período: Expulsão: Inicia-se com dilatação completa e se encerra com a saída do feto; 3º período: Dequitação: inicia-se após o nascimento e termina com expulsão completa da placenta e 4º período: 1 hora após o parto (CARRARO, 2006)

Segundo o Ministério da Saúde, o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça. Durante o pré-natal e o trabalho de parto, o profissional que atende a gestante avaliará as condições da mãe e do bebê, para identificar fatores que possam impedir o parto vaginal. “O melhor parto é aquele que oferece maior segurança para a mãe e para a criança” para que isso aconteça, é preciso acompanhar o desenvolvimento da gravidez no pré-natal e avaliar qualquer tipo de complicações.

O parto normal é mais seguro que a cesariana, pois oferece menos riscos de infecção, hemorragias e prematuridade do bebê, outra vantagem do parto normal, é que o organismo materno se prepara para o nascimento.

Conforme Portaria 1.020 de 29 de maio de 2013, em seu art. 13 item V – de acordo com o Ministério da Saúde a maternidade deve dispor de infraestrutura para realizar exames e serviços de ultrassonografia, eletrocardiograma, cardiotocografia, serviços de radiologia, laboratórios clínicos, e posto de coleta de leite humano, em período integral nas 24 horas do dia e nos sete dias por semana.

Sabe-se que os exames de Sorologia para sífilis e Teste Rápido Diagnóstico de Anti HIV deverão ser solicitados para **TODAS** as gestantes admitidas em Trabalho de Parto ou em situação de abortamento, pois se a mulher em Trabalho de Parto, em abortamento ou com óbito fetal apresentar **SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE**, deverá ser tratada de imediato, assim como seu(s) parceiro(s). O Recém-nascido cuja

mãe apresentou SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE na gestação ou no momento do parto ou que apresente suspeita clínica de Sífilis Congênita deverá ter seu sangue periférico coletado para realização de SOROLOGIA e imediatamente tratado quando for o caso. A seguir, o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão ser notificados para tomarem as providências cabíveis (notificação ou investigação do caso). A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. (BRASIL DST/AIDS, 2006)

A AIDS e a Sífilis constituem problemas importantes de saúde pública nos países em desenvolvimento. A transmissão vertical (T.V.) do HIV responde por 90% dos casos de aids em crianças menores de 13 anos e o agente etiológico da Sífilis, o *Treponema pallidum*, pode passar para o feto via placentária em qualquer estágio da doença e qualquer idade gestacional. Um dos objetivos das Nações Unidas para o desenvolvimento do milênio é eliminar a Sífilis congênita como problema de saúde pública, buscando a meta de incidência de menos de um caso novo para cada mil nascidos vivos por ano (BRASIL DST/AIDS, 2006).

Testes rápidos têm-se mostrado instrumentos promissores para o diagnóstico de doenças, sobretudo em Infecções de Transmissão Sexual. Neste particular, o teste para o diagnóstico da infecção pelo HIV tem sido utilizado largamente, sobretudo para rastreá-la durante a gestação, e principalmente ao final desta, onde uma atuação rápida e efetiva poderá reduzir ou mesmo eliminar a chance de transmissão perinatal do vírus.

Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida e entre as prioridades básicas enumeradas esta a redução da mortalidade materna e infantil. A redução da taxa de sífilis congênita é um dos componentes para a garantia da execução dessa prioridade. (BRASIL DST/AIDS, 2006)

As parturientes são atendidas aleatoriamente, no HMINSN, conforme o atendimento da enfermeira e ou técnico de enfermagem, as quais são encaminhadas para o atendimento médico que se encontra no momento da chegada da paciente. Muitas vezes não é coletado o material biológico (sangue) na emergência para realizar os

exames necessários, e encaminhar para o laboratório de análises clínicas, o qual demora em média 2 horas para chegar até o prontuário da paciente e algumas vezes, chega,

quando a mulher já ganhou bebê, por extravio ou qualquer outro motivo, tornando difícil e duvidoso quanto ao quadro de saúde da mãe e do bebê, bem como a segurança dos profissionais de saúde no momento do parto. Esta coleta atualmente é realizada pela enfermagem, e quando necessário já vai puncionada para a sala de parto, dependendo da prescrição médica. O único exame que é feito de imediato, é o teste rápido de HIV, realizado pela enfermeira da emergência, o qual se tem resposta de imediato (10 a 20min no máximo).

De acordo com análise documental registrada no setor do SAME, no ano de 2014, foram registrados 7.602 parturientes, e 3.602 testes realizados nas parturientes neste mesmo período, tendo um percentual de 47,4% de mulheres que por algum motivo deixaram de realizar o exame necessário antes do parto.

Outro dado que encontrado no livro de registro do Acolhimento, foi a quantidade de Teste HIV de mulheres que foram realizados na emergência da maternidade, neste mesmo ano de 2014.

 1. Testes HIV das parturientes em 2014.

Mês	Parturientes*	Exames**
Janeiro	600	259
Fevereiro	587	350
Março	672	330
Abril	615	356
Mai	723	420
Junho	662	336
Julho	655	297
Agosto	561	262
Setembro	529	285
Outubro	679	283
Novembro	702	298
Dezembro	617	126

 Fonte: * SAME, HMINSN, 2014

** Acolhimento/HMINSN/2014

Os protocolos obstétricos são condutas e procedimentos desenvolvidos a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade que darão garantia a parturiente de que ela terá um atendimento seguro, com cuidados assistenciais e condutas diagnósticas e terapêuticas pré-definidas, além de auxiliar os profissionais de saúde em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas. (MÃE CURITIBANA, 2009)

6 PUBLICO ALVO

A Média de parturientes atendidas no HMINSN, no ano de 2014, o qual foi o ano de base para pesquisa, foram de 7.602 atendimentos.

O Projeto de Intervenção irá atender todas as parturientes que forem atendidas na emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista-RR.

Será utilizado o critério de trabalho de parto ativo para a coleta de sangue para assim encaminhá-la para a Ala das orquídeas (sala de parto); E os critérios para exclusão serão das demais pacientes que não estejam em trabalho de parto, as quais compareceram ao setor por outros motivos ginecológicos e/ou obstétricos.

7 OBJETIVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Estabelecer uma padronização no atendimento às parturientes na assistência obstétrica na urgência/emergência, com elaboração de um fluxo de atendimento as parturientes na emergência, com coleta biológica imediata para exames obrigatórios antes do parto.

7.1 Objetivos específicos

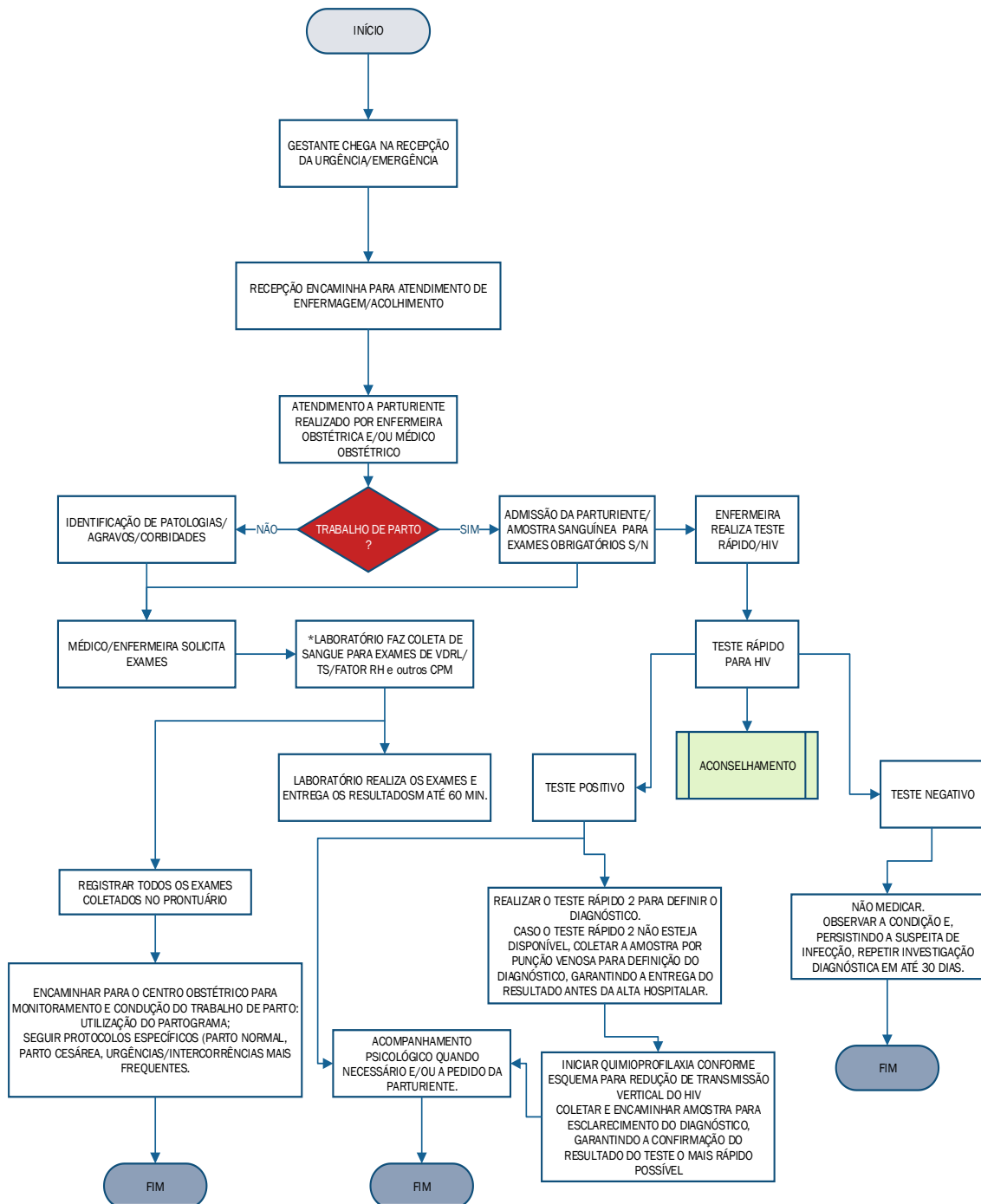
- Recepcionar e acolher a parturiente em ambiente privativo para coleta de dados;
- Identificar a parturiente a partir da avaliação obstétrica;
- Realizar a coleta do material biológico a partir da definição da parturiente para o Centro Obstétrico;
- Definir o fluxo de atendimento com coleta de material biológicos para a implantação de uma proposta de protocolo.

7.2 Protocolo Proposto

Elaborar um protocolo não é uma tarefa fácil. Requer conhecimento, disciplina, determinação, paciência, trabalho em equipe, humildade, parcerias e recursos.

É o atendimento da paciente na unidade, acolhendo-a, ouvindo suas queixas e garantindo uma assistência qualificada, humanizada e de acordo com a classificação do risco da urgência/emergência, a enfermagem deve estabelecer um roteiro de avaliação da saúde da parturiente, encaminhar a paciente ao atendimento médico.

7.3 FLUXOGRAMA DE COLETA DE SANGUE PARA EXAMES OBRIGATÓRIOS NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA VISTA/RR



8 METAS

Atender e realizar coletas de amostras biológicas (sangue) de 100% das parturientes em trabalho de parto ativo, que sejam encaminhada para Ala das Orquideas (sala de parto), conforme a necessidade comprovada no cartão da gestante, na admissão da urgência/emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

9 METODOLOGIA

Para conhecer os aspectos que envolvem a utilização de protocolos obstétricos na Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, adotou-se uma abordagem metodológica classificada como estudo exploratório, sob a forma de abordagem qualitativa, considerando a relação dinâmica entre as teorias propostas e a realidade na implantação do protocolo para coleta de material biológico para realizar exames de rotina na porta de entrada para as parturientes, no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

Segundo GIL (2002, p 41) pesquisas exploratórias tem por objetivo possibilitar mais familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, Permitindo planejamento bastante flexível e possibilitando a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

O tipo de estudo realizado na maternidade foi através de análise documental no setor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, registro de enfermagem, manual de Procedimento Operacional Padrão – POP da direção clínica e de enfermagem, além de observação na recepção, na hora da chegada da parturiente, até a sua internação.

O protocolo proposto baseou-se na necessidade de melhorar a atenção voltada para os resultados dos exames em tempo hábil, ou seja, antes do parto em si. Desta forma garantindo a qualidade do serviço ofertado pela equipe e menor tempo de estadia do binômio Mãe-RN na unidade, dessa forma oferecendo menos risco de infecção hospitalar.

Será realizada reunião com a gestão da unidade, a fim de destacar a importância do protocolo e posteriormente após aprovação dos mesmos, ocorrerão reuniões para a sensibilização de toda a equipe do setor do Acolhimento (emergência), enfatizando a importância da proposta e educação em serviço com cronograma a ser pensado juntamente com a gestão.

10 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Atividades	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO
Escolha do tema	X				
Pesquisa bibliográficas	X	X	X		
Elaboração do projeto		X	X		
Entrega do projeto de pesquisa			X		
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	
Redação do TCC			X	X	
Revisão e entrega do TCC				X	X
Apresentação do TCC em banca					X

11 ORÇAMENTOS

Material de Consumo	Quantidade	Unidade	Valor Unit	Total
Papel A4 (pacote 500 folhas)	2	Resma	R\$ 16,00	R\$ 32,00
Digitação por folha	80	Und	R\$ 2,00	R\$ 160,00
Transporte (combustível)	50	Litros	R\$ 3,85	R\$ 193,00
Impressão em folhas de papel A4	80	Und	R\$ 2,00	R\$ 160,00
				R\$ 545,00

12 RECURSOS HUMANOS

Não haverá um custo significativo na implantação do Protocolo, pois a equipe será a mesma que hoje trabalha na Maternidade, só acrescentando maior autonomia do Enfermeiro no cumprimento do protocolo. Os materiais serão os mesmos que já fazem parte do trabalho do dia-a-dia que a mesma possui, apenas terá que adaptar uma sala para coleta de material biológico. Um computador, e um sistema de Rede para facilitar o registro dos exames e os resultados em sistema de rede (intranet).

No início serão necessários boletim informativo sobre o uso do protocolo para distribuição a aos profissionais de saúde, e as mulheres grávidas contendo orientação sobre a padronização dos serviços oferecidos.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Com a implantação deste protocolo, haverá uma agilidade nas urgências e emergências obstétricas e o sistema terá uma melhor organização de fluxos, promovendo melhor qualidade e resolutividade na assistência prestada, e conseqüentemente melhorando o acolhimento as pacientes.

Pretende-se realizar o acompanhamento e avaliação do projeto coletando informações semestrais em relatórios de enfermagem e/ou sistema sobre os registros das parturientes que deram entrada na emergência do HMINSN e foram internadas no Centro Obstétrico, cruzando informações sobre exames sanguíneos, junto ao laboratório e desta forma sabendo se houve coleta da mesma paciente para a mesma finalidade. Caso isto ocorra, rever protocolo.

REFERENCIAS

BRASIL. HumanizaSUS - **acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico**. Brasília, 2006;

BRASIL. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006;

CARRARO TE, Knobel R, Radunz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006;

CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração. 8ª Edição. São Paulo: Elsevier, 2011;

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**, São Paulo: Elsevier, 2011;

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Emergências e Urgências em Obstetrícia da Maternidade vinculadas ao Programa Mãe Curitibana**. Curitiba, 182p. 2009;

DENT, M. **O julgamento profissional e o papel de diretrizes clínicas baseada em evidências medine**: Suécia e Briain . Interprofissional. Cuidado, 1999;

GOLDIM, J. R. **Conflito de Interesses na área da saúde**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/conflit.htm>. Acesso em 03 de Nov 2015;

GOLDIM, J. R. **Características do Processo de Tomada de Decisão**
<http://www.ufrgs.br/bioetica/decisao.htm>. Acesso em 03 Nov 2015;

Hospital Odilon Behrens. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; 2006

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. **Portaria nº 1.020, de 29 de Maio de 2013 - acesso em 06 Nov 2015;**

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude>. **Sífilis e infecção pelo HIV na gestação** - acesso em 05 Nov 2015;

JÚNIOR, Welfane Cordeiro; MAFRA, Adriana de Azevedo. Versão Brasileira. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Manchester Triage Group**. Belo Horizonte, set. 2010;

LUZES, Eleanor Madruga. **A Necessidade do Ensino da Ciência do Início da Vida**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto de Psicologia 2007;

MAHMUD, Simone D. P. **Protocolos clínicos: adesão e aplicabilidade numa instituição hospitalar. Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração da Escola de Administração**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002;

MAXIMIANO, Antônio C. Amaru. **Teoria Geral da Administração: da Revolução Urbana à Revolução Digital**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2011;

MINAS GERAIS. **Protocolos Clínicos. Atendimento multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto**. Secretaria do Estado de Minas Gerais, 2011;

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Manchester Triage Group**. Belo Horizonte, set. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas**. Belo Horizonte, 2010;

OLIVEIRA MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. **Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo sistema único de saúde**. Rev Saude Publica. 2008; 42:895-902;

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos**: breve referencial teórico. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009;

SANTOS, M. L. dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002;

WERNECK. Marcos Azeredo Furquim; FARIA. Horácio. Pereira de; CAMPOS. Kátia Ferreira Costa Campos. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte 2009. Editora Coopmed.

ANEXOS - PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo art.15, inciso V, item "d", atribui à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a atribuição para elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, cujo artigo 20 dispõe acerca da integralidade da assistência à saúde;

Considerando a Portaria nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos;

Considerando a Portaria nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS;

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

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde no que se refere à tecnologia apropriada ao parto e nascimento e, especialmente, em relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento; e

Considerando a necessidade de organização e melhoria da qualidade de atenção à saúde na gestação de alto risco objetivando a redução da morbimortalidade materna e neonatal, resolve:

Art.1º Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implantação e habilitação dos

serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, instituída pela Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo  nico. A Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de a es e serviços que abrange a atenção   gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e   puérpera de risco.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSI OES GERAIS

Art. 2  Para os fins desta Portaria, serão consideradas as seguintes defini es:

I - gesta o, parto e nascimento: fen menos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;

II - gesta o, parto e puerpério de risco: situa es nas quais a saúde da mulher apresenta complica es no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioecon micos e demográficos desfavoráveis;

III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condi es identificadas no inciso II do "caput" deste artigo;

IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condi es de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;

V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugac o de situa es de riscos sociais e pessoais maternos com as condi es do recém-nascido, com maior risco de evolu o desfavorável de sua saúde;

VI - encaminhamento responsável na gesta o de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco   encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabiliza o da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão.

Art. 3  A Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco deverá observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - universalidade, equidade e integralidade;

II - humaniza o da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gesta o de acordo com suas necessidades e condi es clínicas;

III - atenção   saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humaniza o (PNH), ambas disponíveis no sítio eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomenda es da Organiza o Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996";

IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção;

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local;

VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências;

VII - regulação de acesso; e

VIII - controle social.

Art. 4º A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com defini o dos pontos de aten o e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condi oes clínicas, socioecon micas e demográficas.

CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Art. 5º A aten o ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integra o   aten o básica, a qual cabe a coordena o do cuidado, com garantia de aten o   saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres.

  1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela aten o básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vincula o ao serviço referenciado para alto risco.

  2º A equipe de aten o básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realiza o do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Art. 6º O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto.

Parágrafo  nico. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto   maternidade que realizar  seu parto, de modo a evitar peregrina o.

Art. 7º São atribui oes da aten o básica no pré-natal de alto risco:

I - capta o precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes;

II - estratifica o de risco;

III - visitas domiciliares às gestantes de sua popula o adscrita;

IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regula o;

V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais;

VI - vincula o da gestante ao pré-natal de alto risco;

VII - coordenação e continuidade do cuidado; e

VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco.

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento.

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada.

Art. 8º O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos:

I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e

II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Parágrafo único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão:

I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;

II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;

III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico [www. saude. gov. br/ sas](http://www.saude.gov.br/sas);

IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;

V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;

VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;

VII- manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;

VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e

IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Seção I

Disposições Gerais

Art. 10. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco:

I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar;

II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto;

IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR);

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco;

VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor;

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor;

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério;

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos nesta Portaria;

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto;

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto;

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto;

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana;

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde;

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno- Infantil, conforme previsto na Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011;

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar;

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil;

XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e

XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional.

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco

Art. 11. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos nesta Portaria, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco classificam-se como:

I - Tipo 1; e

II

-Tipo

2.

Parágrafo único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles.

Art. 12. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classificação:

I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento hospitalar;

II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares;

III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável;

V - implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal;

VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra;

VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;

VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS;

IX - garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável;

X - implantar Método Canguru, nos termos das Portarias nº 1.683/GM/MS, de 13 de julho de 2007, e nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012;

XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível;

XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo);

XIII - manter taxa de ocupação mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa);

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA;

XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos dois anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Hospitalar, com seus respectivos desfechos;e

XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes;

Art. 13. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;

II - manter quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Cegonha e contemplada no Plano de Ação Regional;

III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar;

IV - dispor de um leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria;

V - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana:

a) ultrassonografia;

b) eletrocardiografia;

c) cardiotocografia;

d) serviço de radiologia;

e) laboratório clínico; e

f) posto de coleta de leite humano;

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário;

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais:

a) assistente social;

b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;

c) médico anestesiológico;

d) médico obstetra;

e) médico pediatra;

f) nutricionista;

g) psicólogo;

h) farmacêutico; e

i) técnico de enfermagem;

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiológico, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

Art. 14. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais:

a) assistente social;

- b) enfermeiro obstetra;
- c) fisioterapeuta;
- d) fonoaudiólogo;
- e) médico anestesiológico;
- f) médico clínico geral;
- g) médico obstetra;
- h) médico neonatologista ou intensivista pediatria;
- i) médico pediatra;
- j) nutricionista;
- k) farmacêutico;
- l) psicólogo; e
- m) técnico de enfermagem;

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana:

- a) ultrassonografia com doppler;
- b) eletrocardiografia;
- c) cardiotocografia;
- d) serviço de radiologia;
- e) laboratório clínico;e

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local;

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária;

V - disponibilizar UTIN, nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para Gestação de Alto Risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anesthesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatria, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

Art. 15. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, em [http:// portal. saude. gov. br/ portal/ saude/ Gestor/ area. cfm? id_ area= 1747](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747).

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária;

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos nesta Portaria;e

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local.

Parágrafo único. A CGHOSP/DAE/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada.

Art. 16. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto nesta Portaria.

CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)

Art. 17. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características:

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos;

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou Tipo 2; e

III - Situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada § 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica.

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos:

- I - localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência;
- II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e
- III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS.

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto.

Art. 18. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar.

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem.

Art. 19. A CGBP deverá garantir:

I - acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada;

II - assistência   saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários;

III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis;

IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda   sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais;

V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas   puérpera e recém-nascidos;

VII- insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP; e

VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos.

Art. 20. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por:

I - um coordenador  cnico-administrativo;

II - enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite;

III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana;

IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana; e

V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem.

Parágrafo único. O enfermeiro responsável poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo.

Art. 21. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios:

I - para a gestante:

a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e

b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento;

II - para o recém-nascido clinicamente estável:

a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e

b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; e

III - para a puérpera:

a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e

b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

Parágrafo único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação.

Art. 22. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas:

I - nome;

II - endereço completo, incluindo o Município de origem;

III - motivo da admissão;

IV - taxa de ocupação;

V - tempo médio de permanência; e

VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP.

Art. 23. O gestor de saúde responsável solicitará à CGHOSP/DAE/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos:

I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 17 e 20; e

II - Declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 19.

CAPÍTULO V

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 24. As novas construções ou reformas de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco no âmbito do SUS com financiamento pelo Ministério da Saúde, nos termos deste Capítulo, ficam condicionadas ao cumprimento dos seguintes requisitos:

I - implantação da CGBP, conforme regras estabelecidas nesta Portaria;

II - implantação do Centro de Parto Normal (CPN) conforme diretrizes da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo único. Os estabelecimentos hospitalares com projetos de construção concluídos ou construções ainda não finalizadas até a data de publicação desta Portaria não terão a obrigatoriedade de contar com CGBP e CPN para solicitação de habilitação como estabelecimento de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2.

Art. 25. No caso de CGBP já existente e que solicite apenas o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, as condições de estrutura física serão avaliadas individualmente pela CGHOSP/DAE/SAS/MS.

Seção II

Do Incentivo Financeiro de Investimento

Art. 26. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação de CGBP nos seguintes valores:

I - ampliação de CGBP para dez usuárias: R\$ 238.500,00 (duzentos e trinta e oito mil e quinhentos reais);

II - ampliação de CGBP para quinze usuárias: R\$ 343.125,00 (trezentos e quarenta e três mil cento e vinte e cinco reais); e

III - ampliação de CGBP para vinte usuárias: R\$ 447.750,00 (quatrocentos e quarenta e sete mil setecentos e cinquenta reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado na forma do § 3º do art. 10 da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 da Rede Cegonha.

Art. 27. Fica redefinido o incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para CGBP, nos seguintes valores:

I - CGBP com quinze ou dez camas: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais); e

II - CGBP com vinte camas: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Seção III

Dos Incentivos Financeiros de Custeio

Subseção I

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma

Art. 28. Fica redefinido o incentivo financeiro de custeio destinado à reforma de CGBP, nos seguintes valores:

I - reforma de CGBP para dez usuárias: R\$ 143.100,00 (cento e quarenta e três mil e cem reais);

II - reforma de CGBP para quinze usuárias: R\$ 205.875,00 (duzentos e cinco mil oitocentos e setenta e cinco reais); e

III - reforma de CGBP para vinte usuárias: R\$ 268.650,00 (duzentos e sessenta e oito milseiscentos e cinquenta reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de custeio de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Subseção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal

Art. 29. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco habilitados nos Tipos 1 e 2, na forma de custeio diferenciado para os seguintes procedimentos:

I - parto normal em gestação de alto risco;

II - parto cesariano em gestação de alto risco;

III - tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e

IV - tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério.

Parágrafo único. O valor do custeio diferenciado está definido no Anexo I a esta Portaria.

Art. 30. O incentivo financeiro de custeio referente aos leitos obstétricos para gestação de alto risco seguirá a previsão dos itens Q e R do Anexo II a esta Portaria nº 1.459/GM/MS, de

24 de junho de 2011, que tratam, respectivamente, do custeio de novos leitos para gestantes de alto risco e do custeio de leitos para gestantes de alto risco já existentes.

Parágrafo único. Os leitos obstétricos para gestação de alto risco deverão ser alocados nos estabelecimentos hospitalares habilitados como referência em Atenção à Gestação de Alto Risco.

Art. 31. O incentivo financeiro de custeio mensal para CGBP habilitada fica redefinido conforme os seguintes valores:

- I - CGBP com dez camas (dois ou três quartos): R\$ 20.000,00 (vinte mil reais);
- II - CGBP com quinze camas (três ou quatro quartos): R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); e
- III - CGBP com vinte camas (quatro ou cinco quartos): R\$ 60.000,00(sessenta mil reais).

  1  O incentivo de custeio redefinido neste artigo poderá ser utilizado para o pagamento de loca o de imóvel para o funcionamento da CGBP.

  2  Após cento e oitenta dias de funcionamento, a CGBP deverá contar com ocupa o média mensal superior a cinquenta por cento de sua capacidade, sob pena do valor do incentivo financeiro de custeio mensal ser reduzido em trinta por cento.

  3  O repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será suspenso se a ocupa o média mensal se mantiver inferior a cinquenta por cento da capacidade da CGBP nos três meses subsequentes   efetiva o da redu o de que trata o   2 .

  4  O repasse do incentivo de custeio redefinido neste artigo será suspenso caso a CGBP não cumpra o estabelecido nesta Portaria ou quando o gestor de saúde local não repasse os recursos relativos   CGBP ao estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada.

Se o IV

Do Monitoramento e Avalia o

Art. 32. Para fins de acompanhamento e controle da aplica o dos recursos repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos a serem cumpridos pelos entes federativos beneficiários:

I -180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da libera o do incentivo financeiro, para conclusão da reforma e/ou amplia o da CGBP e para aquisi o de equipamentos; e

II - 90 (noventa) dias após a conclusão da reforma e/ou amplia o para início do efetivo funcionamento da CGBP reformada e/ou ampliada.

  1  Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos neste artigo, os entes federativos beneficiários deverão encaminhar, no prazo de 30 (trinta) dias do término dos citados prazos, as justificativas ao Ministério da Saúde, especialmente   CGHOSP/DAE/SAS/MS, para análise.

  2  Caso aceitas as justificativas, o Ministério da Saúde poderá prorrogar o prazo de que trata o inciso I do caput por até cento e oitenta dias e o prazo de que trata o inciso II do caput por até 90 (noventa) dias.

  3  Caso não haja apresenta o de justificativas pelos entes federativos beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o ente federativo beneficiário estará sujeito, no que for pertinente,   devolu o imediata dos recursos financeiros

repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, ou ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

§ 4º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 33. Além do disposto no art. 32, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros previstos nesta Portaria.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras:

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas; e

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

Art. 35. Fica incluída a classificação 006 - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera no serviço especializado 112 - Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento - da tabela de serviço especializado/ classificação/CBO do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 36. Os recursos financeiros para a execução do disposto nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e

II - 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha.

Art. 37. Os estabelecimentos hospitalares de referência em Gestação de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, deverão se adequar aos critérios estabelecidos nesta Portaria no prazo máximo de doze meses a contar da data de sua publica o.

Parágrafo  nico. A não adequa o dos estabelecimentos hospitalares de referência em Gesta o de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, no prazo estabelecido no caput deste artigo implicará na perda da habilita o.

Art. 38. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de A o para redu o de taxas de cirurgias cesarianas.

Art. 39. O modelo de formulário para solicita o de habilita o do estabelecimento hospitalar de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será

disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747.

Art. 40. Ficam revogados:

I - a Portaria nº 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, Seção 1, de 21 de agosto de 1998, página 55; e

II - os itens D, E, F e H do Anexo II a esta Portaria nº 2.351/GM/MS de 5 de outubro de 2011, que alterou a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 121, Seção 1, de 27 de junho de 2011, página 109.

Art. 41. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

APÊNDICE - FLUXOGRAMA DE COLETA DE SANGUE PARA EXAMES OBRIGATÓRIOS NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA VISTA/RR

