



**Política Nacional de Humanização da Atenção
e Gestão no SUS**

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS
MATERNIDADES
E REDES PERINATAIS
DA AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE
RELATÓRIO FINAL**

Novembro-2012

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS**



**RELATÓRIO FINAL
PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS MATERNIDADES
E REDES PERINATAIS
DA AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE/
REDE CEGONHA**

BRASÍLIA - DF, NOVEMBRO DE 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Padilha

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Helvécio Miranda

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

Dário Frederico Pasche

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS

Gustavo Nunes de Oliveira

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Maria Esther Vilela

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Paulo Bonilha

Elaboração do Relatório:**Núcleo Técnico PNH**

Célia Adriana Nicolotti

Jeane Félix

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos

Área de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Serafim Barbosa Santos-Filho

Colaboradores(as):**Equipe de Supervisoras – FASE 1**

Aline de Oliveira Costa

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Maria Angélica Andrade

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Sônia Lansky

Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

Equipe de Supervisores(as) – FASE 2

Aline de Oliveira Costa

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Gustavo Tenório

João Baptista

Maria Angélica Andrade

Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

Apoiadoras

Acácia Marília Cândido

Adriana Lopes Lima Melo

Amanda Cruz Porto Pires

Analia Cunha Pupo

Benta Lopes Silva

Flávia Moura Leite de Sá Villa-Chan

Goiamara Borges dos Santos Rodrigues

Jane Maria Tork de Moraes

Leopoldina da Graça Correia

Loiana Alencar de Melo

Maria das Graças Lima Espíndola

Maria Gerlúvia de Melo Maia Angelim

Mariane Marques Santos Amaral

Marta Baltazar dos Santos Cerqueira

Meirhuska Mariz Meira

Noíse Pina Maciel

Patrícia Juliana dos Santos Nienow

Petrúcia Barbosa Ferreira

Rita de Cássia de Souza Vianna

Soraya Maria de Albuquerque Pessôa

Thatiane Cristhina de Oliveira Torres

Wagner do Carmo Costa

Núcleo Técnico PNH

Cecília de Castro e Marques

Dagoberto de Oliveira Machado

Mariella Silva de Oliveira Costa

Renata Adjuto de Melo

Consultores da PNH

Cátia Paranhos

Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
1. APRESENTAÇÃO	7
2. MATERNIDADES PRIORITÁRIAS:	9
Região Nordeste – 13 maternidades	9
Região Amazônia Legal – 13 maternidades	9
3. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	10
3.1 Os principais pontos críticos como base para o direcionamento do <i>Apoio Institucional</i> na condução do PQM	10
3.2 O referencial conceitual do Apoio Institucional	13
3.3 Da operacionalização da função apoio no PQM	14
3.5 As Diretrizes/Linhas de Ação do Plano de Qualificação	17
4. METAS GERAIS	26
5. A ARTICULAÇÃO DO PQM E REDE CEGONHA: METAS DO PQM AMPLIADAS EM SUA FASE 2 E ARTICULAÇÃO COM A REDE CEGONHA	27
5.2 Fóruns Perinatais	28
6. SÍNTESE DO CONJUNTO DE AÇÕES DO PQM E TRANSIÇÃO PARA A REDE CEGONHA	32
6.1 FASE 1 DO PQM	32
6.2 FASE 2 DO PQM	34
7. ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO NO CONTEXTO DO APOIO INSTITUCIONAL	37
7.1 Eixos de Monitoramento e Avaliação	38
8.1 APRESENTAÇÃO DOS AVANÇOS E DESAFIOS POR DIRETRIZ	40
8.3.1 Os Fóruns na transição para a Rede Cegonha: perspectivas	54
11. REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	73
ANEXO I	73
ANEXO II	78
ANEXO III	79
ANEXO IV - Da composição, funcionamento e produtos dos fóruns nos estados	101
1 - Santa Mônica/AL	148
2 - Arapiraca/AL	148
3 - Tysilla Balbino/BA	150
4 - IBERPA/BA	151
5- Assis Chateaubriand/CE	153
6 - Cesar Cals/CE	154
7 - Maternidade Cândida Vargas/PB	155
8 - Inst. Elp. Almeida/Campina Grande/PB	156
9 - Barão de Lucena/PE	158
10 - D. Malan/PE	158
11 - Evangelina Rosa/PI	158
12 - Januário Cicco/RN	159
13 - Nossa Senhora de Lourdes (MNSL)/SE	160
14 - Bárbara Heliadora/AC	161
15 - Ana Braga/AM	163
16 - Balbina Mestrino/AM	164
17 - HM Mãe Luzia/AP	165
18 - Imperatriz/MA	166
19 - Marly Sarney/MA	167
20 - HU/MA	169
21- Santa Helena/MT	172
22 - Santa Casa de Misericórdia/PA	173
23 - HCGV/PA	174
24 - Hospital Ary Pinheiro/RO	175
25 - Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré/RR	176
26 - Maternidade Dona Regina Siqueira Campos/TO	178
ANEXO V- Informativos	181

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório apresenta uma síntese avaliativa do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal (AL) e Nordeste (NE) - PQM¹.

No ano de 2008, o Governo Brasileiro priorizou quatro (04) ações para a redução das iniquidades regionais na AL e NE, envolvendo vários Ministérios, tendo como prioridade a redução do analfabetismo, erradicação do sub-registro civil, o fortalecimento da Agricultura Familiar e a redução da Mortalidade Infantil.

Como proposta institucional o Ministério da Saúde definiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. Entre maio e junho de 2009, foram realizadas oficinas em 17 Estados das regiões prioritárias, em que foram construídos os planos estaduais, compostos por ações nos âmbitos da regulação de leitos obstétricos e neonatais; na vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao serviço onde se realizaria o parto (Lei Nº 11.634/2007); e no direito a acompanhante de livre escolha da mulher na internação para o parto (Lei Nº 11.108/2005).

Entre as ações para qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, dentro do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, encontra-se o **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM)**. Este Plano foi organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH)² e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM).

O Plano surgiu para apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades das regiões abrangidas. O PQM tomou como base os referenciais da Política Nacional de Humanização e das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher (DAPES). Configurou-se como um conjunto de ofertas metodológicas e técnicas para: promover mudanças na gestão e modelo de atenção ao parto e nascimento;

¹ Os dados que embasam este relatório foram obtidos, sobretudo, por meio de relatórios de atividades, relatórios mensais analíticos e instrumentos de monitoramento e avaliação preenchidos pelas(os) apoiadoras(es) e supervisoras(es) que compuseram a equipe do Plano.

² No ano de 2011, a PNH passa a compor o DAPES.

articular e fomentar redes de cuidados perinatais (integração de pontos de atenção do SUS como, por exemplo, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia de Saúde da Família), sobretudo, por meio da organização de espaços de cogestão, tais como os Fóruns Perinatais.

As 26 maternidades incluídas no PQM foram selecionadas a partir de critérios técnicos, entre os quais: pertencer à rede do SUS; estar localizada em municípios prioritários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil); realizar mais de 1.000 partos por ano; dispor de UTI neonatal; ser referência para a formação profissional e, preferencialmente, já participar da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE). Além disso, o Plano deveria abranger maternidades de todos os 17 estados que compõem as duas regiões.

A partir da identificação das maternidades por estes critérios, a nominata construída foi apresentada aos gestores (estadual e/ou municipal, dependendo do caso), para a validação e/ou indicação de outras instituições segundo critérios técnico-políticos, uma vez que em várias capitais os critérios construídos permitiam a indicação de outras maternidades. Em algumas situações, as argumentações dos gestores foram acatadas pela coordenação do Plano, que alterou a composição do grupo de maternidades. Superada esta fase, iniciaram-se as pactuações com as equipes gestoras das maternidades, processo que culminou com a realização de oficinas de trabalho nas duas regiões, em Fortaleza- CE e Belém- PA, em dezembro de 2009. Nessas oficinas, participaram também as equipes técnicas das maternidades, às quais foram apresentadas e consensuadas diretrizes gerais do PQM, suas estratégias e modo de ação para cada uma das instituições, bem como os resultados esperados.

2. MATERNIDADES PRIORITÁRIAS:

Região Nordeste – 13 maternidades	
Piauí	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Dona Evangelina Rosa - Teresina
Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Fortaleza • Hospital César Cals - Fortaleza
Rio Grande do Norte	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Escola Januário Cicco - Natal
Paraíba	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Cândida Vargas - João Pessoa • Inst. Saúde Elpídio Almeida - Campina Grande
Pernambuco	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Barão de Lucena - Recife • Hospital Regional Dom Malan - Petrolina³
Alagoas	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Escola Santa Mônica - Maceió • Hospital Regional de Arapiraca/Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho - Arapiraca
Sergipe	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - Aracaju
Bahia	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Tsylla Balbino - Salvador • Instituto de Perinatologia da Bahia - Salvador

Região Amazônia Legal – 13 maternidades	
Rondônia	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho
Acre	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Maternidade Bárbara Heliodora - Rio Branco
Amazonas	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Ana Braga - Manaus • Maternidade Balbina Mestrinho - Manaus
Roraima	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Materno Infantil Nossa Sra. de Nazaré - Boa Vista
Pará	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém - Belém • Hospital das Clínicas Gaspar Viana - Belém
Amapá	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital da Mulher Mãe Luiza - Macapá
Tocantins	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Dona Regina Siqueira Campos - Palmas
Mato Grosso	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Beneficente Santa Helena - Cuiabá
Maranhão	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Materno infantil de Imperatriz - Imperatriz • Maternidade Marly Sarney - São Luís • Hospital Universitário/Universidade Federal do Maranhão - São Luís

³ No ano de 2011, essa maternidade não foi apoiada.

3. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

3.1 Os principais pontos críticos como base para o direcionamento do Apoio Institucional na condução do PQM

No PQM, o *Apoio Institucional* foi entendido como “atividade estratégica”, central por meio da qual o Plano foi conduzido. A escolha da tecnologia de trabalho do Apoio Institucional (PASCHE e PASSOS, 2010 [a]; [b]) se deu, entre outras, em razão da complexidade das ações propostas e pela natureza dos objetos eleitos para o Plano, com a compreensão de que, para efetivar projetos de defesa da vida das mulheres e crianças, é necessário operar mudança nas práticas cotidianas do trabalho em saúde, atuando junto a trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as).

Em seguida estão sistematizados os principais fatores implicados nos indicadores de saúde-doença e da abordagem obstétrica e neonatal, daí partindo para melhor justificar o potencial de intervenção do apoio institucional para induzir mudanças na realidade atual do atendimento.

A maior parte dos óbitos infantis e maternos ocorre nas primeiras horas após o parto e, apesar dos partos no Brasil acontecerem essencialmente em ambiente hospitalar (98%) e assistidos por médicos (88%), os índices de morbi-mortalidade ainda são muito elevados. A qualificação do cuidado em saúde, no aspecto da melhoria nas relações de trabalho e de garantia de direitos de acesso às melhores práticas disponíveis e recomendadas com evidências científicas, é fundamental para os avanços nos resultados em saúde materna e infantil. O sofrimento fetal durante o trabalho de parto, por exemplo, responsável por cerca de 20 a 25% das mortes neonatais, o principal componente da mortalidade infantil, representa um excesso na mortalidade e tem maior potencial de prevenção a curto-médio prazo com a implantação das boas práticas na atenção à mulher em trabalho de parto e redução das práticas abusivas como o uso indiscriminado da ocitocina. Igualmente, o excesso de cesarianas e sua associação com o aumento do índice de prematuridade e de baixo peso ao nascer expõem os recém-nascidos a maiores riscos para a sua sobrevivência e qualidade de vida (FRANÇA E LANSKY, 2009).

O conceito de *paradoxo perinatal* (DINIZ, 2009; ROSENBLATT, 1989) foi um importante norteador para o Plano, pois tal conceito aponta para o fato de

que aportes de novas tecnologias na forma de equipamentos e insumos biomédicos nos serviços de saúde, inclusive nas maternidades, não garante *per se* melhores resultados.

Assim, as mudanças desejadas nas maternidades e redes perinatais deveriam induzir alterações em diversos fatores relacionados à mortalidade materna e infantil, entre os quais cabe destacar:

- A baixa utilização em tempo oportuno de recursos clínicos disponíveis (partograma, corticóide, surfactante e sulfato de magnésio);
- Intensa medicalização do parto e nascimento com taxas elevadas e crescentes de cesarianas desnecessárias bem como outros procedimentos biomédicos também desnecessários;
- Pouca articulação entre serviços da rede de cuidados perinatais e suas equipes;
- Não incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado ao parto e nascimento;
- Não priorização dos casos mais graves nas portas de urgência das maternidades;
- Reduzida utilização de abordagem não farmacológica da dor;
- Baixa inclusão de acompanhante e de Doula no momento do parto;
- Pouco protagonismo das mulheres e família no processo do parto.

A grave disparidade entre a assistência vigente nos serviços e as práticas recomendadas pelas evidências científicas, além da violência institucional e de gênero, indicavam (e ainda indicam) que muitas práticas precisavam ser revisadas e/ou abolidas e outras incorporadas no cotidiano dos serviços, como atitudes (pois informam uma nova ética no cuidado) e/ou como novas práticas encarnadas em novos processos de trabalho.

Todavia, tais mudanças não se efetivariam espontaneamente, fazendo-se necessárias a organização e a coordenação de várias frentes e ações simultâneas, as quais deveriam articular o campo da gestão e do cuidado, tomados no Plano como indissociáveis. E isso convergindo como foco essencial da estratégia de apoio institucional.

A partir das primeiras análises gerais, com participação ampliada de equipes dos serviços, gestores e especialistas convidados, Os seguintes nós críticos funcionaram, então, como pontos de partida:

- Observação de práticas de Gestão predominantemente verticalizadas e pouco participativas;
- Fragmentação e segmentação do cuidado, com perda de efetividade das práticas, aumento dos custos e iniquidades no acesso;
- Modelo hegemônico centrado no(a) médico(a);
- Equipes multiprofissionais com pouca atuação interdisciplinar;
- Inexistência de protocolos assistenciais para obstetrícia e neonatologia, com subsequente adoção de práticas individualizantes;
- Pouca autonomia e protagonismo da mulher no momento do parto;
- Situações de Violência institucional nos centros obstétricos e salas de curetagem;
- Compreensão do parto como fenômeno mais próximo da “doença” do que como evento fisiológico e social;
- Índices importantes de cesariana e iatrogenias em decorrência de intervenções desnecessárias;
- Alta taxa de morbimortalidade materna e neonatal precoce.

De imediato se compreendeu que, para produzir melhores resultados na saúde materna e infantil, o acesso necessário a insumos e equipamentos, deveria ser garantido e, paralelamente, serem introduzidas mudanças nos processos de trabalho. Tornava-se então imprescindível repensar e reposicionar os(as) trabalhadores(as) no cotidiano do trabalho, ofertando e construindo novos valores e referenciais técnicos, que deveriam ser transformados em novas práticas de gestão e de cuidado.

Por esta razão a aposta no apoio institucional. Este se apresenta como uma tecnologia de ação que se propõe a superar *os modos tradicionais* e usuais de intervenção nas organizações de saúde. A tarefa do(a) apoiador(a) é: intervir em práticas de organização do trabalho em saúde, junto com os serviços, equipes, trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as), operando coletivamente a partir da oferta de modos de fazer e da incorporação de métodos, tecnologias e dispositivos que viabilizem mudanças nas práticas de saúde. Exige uma agenda de dedicação intensiva junto aos serviços, construindo legitimidade junto a eles, coproduzindo-se relações de confiança para o desafio das mudanças.

3.2 O referencial conceitual do Apoio Institucional

A contribuição central da PNH na implantação do PQM foi a oferta metodológica do apoio institucional⁴. O apoio institucional é uma estratégia metodológica para enfrentamento de importantes desafios que o trabalho em saúde, por toda sua complexidade, faz emergir: lidar com a sensação de culpa, impotência, com os limites humanos, com a dor, com a morte (CAMPOS, 2003; SANTOS FILHO, BARROS & GOMES, 2009; PASCHE ET AL, 2010).

Nessa perspectiva deve fazer parte do trabalho do(a) apoiador(a) acionar as equipes dos serviços, no sentido de seu fortalecimento e de sua integração. Estar com os profissionais/equipes “não para denunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo”, interferindo na transformação da própria grupalidade, bem como nos modos de organizar os processos de trabalho (BRASIL, 2006, p 14), buscando construir e sustentar uma atitude de corresponsabilização. Por meio da ativação da grupalidade, é possível criar melhores condições para a emergência e superação de problemas e desafios que dizem respeito ao cotidiano do trabalho em saúde. Além disso, é possível favorecer a produção de uma rede coletiva de saúde (CAMPOS, 2003).

O apoio institucional se constrói na experimentação da própria intervenção. Vale dizer que o(a) apoiador(a) não comanda, tampouco determina a mudança. O que importa é a produção de um coletivo, no qual o(a) apoiador(a) é apenas um dos que contribui na articulação com outros que vão favorecendo o deslizar da organização e dos sujeitos, bem como a diferenciação de si mesmos (OLIVEIRA, 2011). Nessa direção, o apoio se configura como “uma função que se expressa num determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa” (CAMPOS, 2003, p. 86). Não se trata de fazer por ou fazer para, mas **fazer com**; nem somente do que fazer, mas como fazer. Em outros termos, trata-se de conferir materialidade à cogestão.

⁴ Mais informações sobre os elementos centrais que devem compor a função apoio institucional, ver Manual do Apoio na Rede Cegonha (2012).

3.3 Da operacionalização da função apoio no PQM

Identificadas as maternidades que participariam do Plano e realizado processo de validação junto a gestores(as) e de pactuação com equipes dirigentes e técnicas destas maternidades, foi discutida a *Função Apoio Institucional*, modalidade de trabalho que presidiu e orientou toda ação do Plano. Foram apresentados os *apoiadoras(es)* e *supervisoras(es)* do PQM, equipe de profissionais selecionada, formada e contratada pelo Ministério da Saúde (MS), para conduzir os trabalhos no processo de qualificação das maternidades e redes perinatais.

Essa equipe de apoiadoras(es) e supervisoras(es) foi composta por 27 profissionais (21 apoiadoras(es) e 6 supervisoras(es)) que, por sua vez, receberam suporte técnico e institucional da coordenação do projeto e representantes de várias áreas técnicas do MS. Antes do início das atividades nas maternidades, que ocorreu no final de janeiro de 2010, houve reuniões deste grupo com o intuito de: (1) constituir nortes teóricos, conceituais e metodológicos; e (2) elaborar um plano de ação comum⁵, a partir das seguintes diretrizes: gestão participativa e cogestão; vinculação do pré-natal ao parto, acolhimento imediato da gestante e recém-nascido e acolhimento com classificação de risco; direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidados perinatais.

Para cada um desses eixos foram definidos objetivos, metas e produtos, o que permitiu ofertar de forma global às ações do Plano um olhar avaliativo e de acompanhamento, possibilitando verificar os *feitos* e os *efeitos* por *diretriz* em cada uma das maternidades.

As(os) apoiadoras(es) do PQM se fizeram presentes no cotidiano das maternidades e as linhas de ação se deram por meio de:

- (1) Atividades nas maternidades: organização e participação de reuniões; realização de oficinas, grupos de trabalho, palestras, discussões de casos, discussões de protocolos; articulação para a realização de visitas técnicas da referência em ambiência da PNH e realização de oficinas de ambiência, com objetivo de apoiar a

⁵ A partir do Plano de Ação Comum, foram construídas linhas de ação específicas em cada maternidade.

elaboração de projetos cogерidos de Ambiência para intervenções nos espaços físicos das maternidades⁶; articulação com apoiadores matriciais para intervenção nas maternidades no sentido de qualificar as discussões e negociações para mudança de práticas de cuidado, junto a diretoras(es) e trabalhadoras(es), abordando temas centrais que fazem parte da rotina de uma maternidade (atenção obstétrica e neonatal, protocolos clínicos etc.), atividades de formação-intervenção⁷;

(2) Atividades de tessitura da Rede Perinatal nos territórios: atividades de articulação com a rede de saúde (outras maternidades, Atenção Básica, serviços de atenção especializada), atividades intersetoriais, com destaque para a construção de fóruns perinatais⁸;

(3) Atividades de formação (que permitiram a viabilização de um conjunto mais amplo de estratégias que foram agregadas ao Plano): realização semanal e/ou quinzenal de skypes entre supervisoras(es) e apoiadoras(es); realização de videoconferências; visitas técnicas à maternidade Sofia Feldman (Belo Horizonte), mini-estágios em UTIs Neonatais de instituições referência (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, Instituto Fernando Figueira - IFF e Hospital Universitário - HU/USP Ribeirão Preto); visitas técnicas de equipes dessas instituições de referência às 26 maternidades, entre outras; profissionais e apoiadoras(es) das maternidades da Bahia, Tocantins, Ceará e Mato Grosso participaram de algumas reuniões da Comissão Perinatal de BH.

⁶ Participaram das oficinas trabalhadores(as) e gestores(as) das maternidades; trabalhadores(as) e gestores(as) de outros serviços que compõem a Rede Perinatal dos estados em que se realizou a Oficina de Ambiência; Arquitetos(as) e Engenheiros(as) envolvidos(as) nos projetos arquitetônicos das Maternidades e outros serviços relacionados à Rede; Profissionais das Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais; Representantes dos Conselhos Municipal e/ou Estadual de Saúde.

⁷ Com destaque para o Curso de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento facilitado por profissionais do Hospital Sofia Feldman/BH e realizado em todas as maternidades que compõem o PQM em 2011.

⁸ Espaços técnico-políticos para a construção de consensos no que se refere ao cuidado integrado em rede. Este tema é tratado com mais detalhes em outro item deste relatório.

A ação das(os) apoiadoras(es), como pode ser visto acima, foi ampla e complexa, envolvendo a articulação e coordenação de uma série de estratégias, com as quais se buscou alterar modos de gerir e de cuidar das maternidades. Estas ofertas possibilitaram mudar percepções dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) sobre o trabalho feito em cada maternidade, o que produziu tensionamentos.

Para melhor compreender e lidar com essas situações conflitivas que foram (e ainda são) geradas nas maternidades e que, portanto, diziam (e continuam dizendo) respeito à interação apoiadoras(es)-trabalhadores(as)-gestores(as)-usuários(as), o Plano construiu a *função supervisão*. Essa função correspondeu à ação político-institucional do Ministério da Saúde nas maternidades. Dessa forma, as(os) supervisoras(es) tiveram como tarefa intervir/interagir junto aos gestores(as), dirigentes, trabalhadores(as) e apoiadoras(es) das maternidades, assumindo compromissos, construindo agendas e ação política, fortalecendo as articulações cotidianas tramadas pelas(os) apoiadoras(es). Além disso, a supervisão se constituiu como referência técnica, contribuindo diretamente com determinadas discussões e produção de consensos (clínicos e de gestão) nos temas atinentes aos objetivos do Plano.

Para que as funções apoio e supervisão efetivamente acontecessem, o Plano previu uma complexa dinâmica de trabalho entre estes agentes, que incluiu: (1) realização de supervisão direta nas maternidades, oficinas com trabalhadores(as) sobre modelo de gestão e atenção perinatal, entrada em agendas produzidas pelas(os) apoiadoras(es), ação política junto a gestores(as) e diretores(as) etc.); (2) construção de linhas de comunicação, utilizando-se, sobretudo, de recursos disponíveis na internet (*Skype*, lista de e-mails); e (3) realização de encontros avaliativos realizados conforme agenda programada, de oficinas de acompanhamento e avaliação entre supervisoras e coordenação do Plano, reuniões avaliativas envolvendo apoiadoras(es), supervisoras(es), áreas técnicas do MS e coordenação do Plano.

3.4 Os espaços coletivos para condução do PQM no Ministério da Saúde

De outra parte, as diferentes equipes do Ministério da Saúde envolvidas no Plano também tiveram que construir uma dinâmica específica de trabalho, que exigiu a construção de vários *espaços coletivos*, desde rodas de natureza mais técnica até espaços executivos de condução e de tomada de decisão, em conexão com a condução geral do Pacto Para Redução de Mortalidade Materna e Infantil no Gabinete do Ministro da Saúde.

É importante destacar que a coordenação do Plano foi sempre interinstâncias ministeriais, com trocas muito solidárias, o que permitiu o compartilhamento de recursos orçamentários, viabilização de deslocamentos e viagens, definição e articulação de agendas de trabalho, bem como a construção de modos mais compartilhados de operacionalização da ação política do MS nos territórios, o que pode ser traduzido como um importante processo de aprendizagem institucional.

3.5 As Diretrizes/Linhas de Ação do Plano de Qualificação

A escolha das diretrizes do Plano não foi aleatória, ao contrário, se deu por uma avaliação desde experiências acumuladas no SUS como um todo e na Política Nacional de Humanização em particular, considerando a sua capacidade de produzir mudanças tanto na gestão como na assistência obstétrica e neonatal.

Vale dizer, ainda, que essas diretrizes respaldaram-se na literatura científica contemporânea (DINIZ, 2005, 2009; LANSKY, 2006; RATTNER, 2009; BRUGGEMANN, 2005; LEÃO, 2000; RATES e CAMPOS, 2008; BOARETTO, 2003), em conformidade com as orientações das áreas técnicas da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), da Saúde da Mulher (ATSM), da Política Nacional de Humanização (PNH), bem como da Organização Mundial de Saúde (1996). Dito isso, o Plano foi organizado em quatro direções:

- 1 - Cogestão;
- 2 - Direito a acompanhante e ambiência;
- 3 - Vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados;
- 4- Acolhimento em rede e acolhimento com classificação de risco.

O conjunto dessas quatro diretrizes aportou organicidade e unicidade aos planos que orientaram a ação nas 26 maternidades, conforme detalhamento a seguir.

3.5.1 - Cogestão

O Plano tomou, em primeiro lugar, *o desafio de se alterar modos de gestão das maternidades, bem como os modos de comunicação e de interação dos agentes institucionais*, apostando, assim, na diretriz da cogestão. No âmbito dos serviços de saúde pública, em particular das maternidades, tais agentes institucionais tendem a se constituir em relações de hierarquia, o que produz trocas e relações de saber e poder muito desiguais, as quais, por sua vez, dificultam o trabalho em equipe e a produção de acordos coletivos. Assim, uma aposta do Plano foi a de que se poderia qualificar o desempenho das maternidades por meio da apropriação dos problemas e desafios que perpassam a maternidade por todos os seus integrantes⁹ - gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) - e de sua participação e corresponsabilização nas decisões de gestão e na organização dos processos de trabalho e, por consequência, sobre os protocolos, procedimentos e rotinas.

Essa linha de ação abre perspectivas para o estabelecimento de uma nova cultura organizacional nas maternidades, com a constituição de espaços coletivos e democratização das relações institucionais. As definições passam, assim, a decorrer de negociações e os acordos a envolver um conjunto mais

⁹ O que requer o reconhecimento de que há outros sujeitos analisando e tomando decisão, além dos já conhecidos sujeitos institucionais investidos de cargos gerenciais.

amplo de pessoas, o que permite, entre outros, por em análise os próprios arranjos de trabalho. Isso torna possível reconstruir processos de trabalho por definições não corporativas nem privadas, ou por interesses mercantis, nem pela cultura institucional que tende a acomodar tudo isto, mas por um processo inovador de fazer gestão, que se dá pela construção de processos mais coletivos. Esses processos passam a constituir arenas decisórias que definem de forma transparente quem faz o que, para que e quem e sob que condições, permitindo a construção de definições institucionais menos conflitivas, mais solidárias e corresponsabilizadas.

Esse processo também permite retirar os(as) trabalhadores(as) de uma relação pouco responsabilizada com a gestão e o funcionamento das maternidades. Além disso, essa transformação da cultura institucional – que é uma linha de ação do apoio – possibilita compreender que os modos de gestão influenciam sobremaneira os modos de cuidar e de fazer assistência e que, portanto, é necessário que os(as) trabalhadores(as) tomem a gestão como objeto de seu trabalho. Vale ressaltar, ainda, que a construção de espaços de cogestão nas maternidades não pode ser romantizada, pois pode envolver disputas e tensionamentos, na medida em que vai na contramão de práticas de gestão instituídas.

3.5.2 - Direito a Acompanhante e Ambiência

O Plano buscou também efetivar a *inclusão do acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de parto* (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), conforme assegurada pela Lei 11.108/2005.

Todavia, ainda são raras as maternidades que garantem à mulher esse direito. Além disso, ao longo do PQM, observou-se que muitas vezes esse direito era garantido parcialmente, limitando o número (apenas um(a) acompanhante) e/ou o sexo de quem poderia acompanhar (apenas mulheres). Ressalte-se ainda que, a depender do modo como esse direito vinha sendo operacionalizado nas maternidades, era possível observar o pouco incentivo ao protagonismo das mulheres e de suas famílias na cena do parto. Não é sem razão que algumas maternidades resistem à inclusão do(a) acompanhante de

livre escolha da mulher¹⁰, pois ele(a) vai interferir no cuidado, modificando-o. A simples presença desse outro produz novos encontros e influências sobre os trabalhadores(as) e as rotinas das maternidades.

Vale dizer que há evidências científicas de que mulheres acompanhadas por familiares e/ou doulas tem trabalhos de parto mais curto; apresentam menores taxas de cesarianas; demandam por menos analgesia; apresentam melhores condições de saúde do recém-nascido; e ficam mais satisfeitas com a experiência do parto (BRUGGEMANN, 2005; LEÃO, 2000).

A fim de garantir o direito de acompanhante para a mulher durante todo o processo de parto, este deve vir acompanhado de *adequação da ambiência* às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, de acordo com a RDC Nº 36/2008.

Cabe dizer que a ambiência é uma das diretrizes da PNH, a qual indica a necessária associação entre processos de reforma/ampliação de ambientes e as alterações na organização do trabalho. Ou seja, as modificações no ambiente devem corresponder a mudanças nos processos de trabalho e vice-versa. Dessa forma, as alterações na ambiência das maternidades buscaram (e buscam) garantir privacidade e conforto à mulher e permitir a inclusão da(o) acompanhante, assegurando que todo o processo do parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato) aconteça no mesmo espaço físico, a exemplo dos *Quartos PPP* - Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato. As discussões coletivas com vistas às mudanças na arquitetura das instituições, além de garantir o envolvimento de todos(as) os(as) trabalhadores(as), permitem a inclusão de medidas e procedimentos em conformidade com as evidências científicas, tal como o parto na posição vertical ou posição de escolha da mulher e o uso de abordagens não farmacológicas para alívio da dor.

¹⁰ Cabe ressaltar que, nesse direito, é preciso pensar no protagonismo do pai na cena do parto, ou seja, na restrição dessa escolha à mãe. Esse é um tema que precisa ser discutido mais amplamente e se levando em consideração a singularidade de cada cena.

3.5.3 - Vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados

O Plano objetivou também *organizar uma rede de serviços*, buscando qualificar o cuidado e evitar a 'peregrinação' da gestante e do recém-nascido por atendimento.

Em que pesem os avanços da organização de uma rede SUS, que almeja incluir e disponibilizar de forma pactuada e contratualizada o conjunto dos serviços e estratégias que compõem a política pública de saúde são ainda tímidas as conquistas nessa direção de produção de saúde em rede e, em particular, no que se refere aos cuidados perinatais. Duas características do sistema de saúde do Brasil, que o SUS toma como objeto de mudança, são a fragmentação e a segmentação do cuidado, o que produz perda de efetividade das práticas, aumento dos custos e iniquidades no acesso. Assim, um importante desafio é buscar agregar no território locorregional o conjunto dos serviços, estratégias e equipes que atuam na rede SUS no campo dos cuidados perinatais. Disso resulta a importância da diretriz da vinculação da gestante e do recém-nascido, com construção de redes de cuidados perinatais.

Na direção da produção de uma rede perinatal, tem-se o exemplo de Belo Horizonte/Minas Gerais, em que avanços significativos foram conquistados no cuidado perinatal e na redução da mortalidade materna e neonatal, quando a rede como um todo assumiu o compromisso ético de que a *gestante não peregrina* (LANSKY, 2006). Essa foi uma referência importante para o PQM, a qual o Plano agregou outras, como:

- Vinculação da gestante à maternidade de referência desde o pré-natal, que é um direito garantido em Lei (Lei nº 11.634/2007). Assim, toda mulher deveria saber (e conhecer) a maternidade onde o parto ocorrerá, o que exige acordos e pactuações entre equipes da atenção básica e da maternidade;
- Melhorar a articulação entre equipes de atenção básica e da maternidade de referência. Para ser efetiva, a vinculação gestante-maternidade não pode ser burocrática (referência e contra-referência sem a construção efetiva de responsabilidades). Ao contrário, as equipes devem compartilhar responsabilidades a fim de produzir um

cuidado integral às gestantes, construindo juntas - e com a gestante e seus familiares - projetos terapêuticos singulares;

- Qualificação do pré-natal, com a captação precoce da gestante;
- Construção de um espaço coletivo para a realização de discussões e pactuações de tarefas institucionais e de indicadores de qualidade. A exemplo de Belo Horizonte, o Plano optou pela organização (em algumas situações, pela qualificação) de Fóruns Perinatais, instrumento chave para o fortalecimento de uma rede de cuidados.

A construção dos fóruns perinatais, a exemplo das estratégias de cogestão que possibilitaram a construção de redes perinatais no PQM, apresenta um modo inovador de ação política e institucional: envolver o conjunto das instituições e dos atores envolvidos na construção da rede perinatal (sociedades profissionais, Ministério Público, maternidades, atenção básica, universidades, movimentos de usuários(as), entre outros), para que, juntos, construam linhas de responsabilização e efetivem contratos de ação, que estabelecem tarefas e encargos.

A vinculação da gestante a equipes de referência da atenção básica e garantia do local para o parto, com implantação de ações para promover o acesso da gestante desde o pré-natal à maternidade de referência para o parto e nascimento, tem como objetivo colocar fim à peregrinação por maternidades. Tal peregrinação tem resultado em agravos, sofrimentos desnecessários e riscos de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal. A fim de interferir nesse processo, produzindo uma rede de cuidados que evite a grávida peregrinar, se deve, entre outras coisas, analisar fluxos por procedência e construir um mapeamento da rede perinatal locorregional – Atenção Básica (Lei Nº 11.634/2007).

3.5.4- Acolhimento em rede e classificação de risco

O Acolhimento à gestante, puérpera e recém-nascido é constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde. Diz respeito à construção de uma rede de cuidado e corresponsabilização do(a) trabalhador(a)/equipe pelo(a) usuário(a), em todos os momentos da assistência. Nesse processo, para além de estabelecimentos de diagnósticos e prescrições, cabe ouvir os(as)

usuários(as), fomentar sua participação na produção do cuidado e considerar suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada.

Acolher, nessa perspectiva, indica a atitude de tomar como importante e válido tudo aquilo que as mulheres trazem para o encontro que se estabelecerá com as equipes, tanto suas necessidades do ponto de vista biológico, como suas percepções e projetos de vida.

Entendido desse modo, o acolhimento pode, então, possibilitar a análise das demandas e garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas (com outros serviços de saúde e outros setores), para continuidade da assistência, quando necessário.

Dessa forma, o acolhimento é aqui entendido como uma diretriz essencial, na medida em que garante o acesso imediato e oportuno da gestante com queixas ou em trabalho de parto, uma vez que se trata de uma situação de urgência. Da mesma forma, representa o direito de escolha da gestante do local do parto, considerando os direitos e preferências da usuária.

Vale dizer que tensionamentos entre a diretriz acolhimento e vinculação são freqüentes e reais. A vinculação deve ser compreendida como um referencial de responsabilização do sistema de saúde sobre a gestante, propiciando a oferta de cuidado integral e contínuo, uma vez que a atenção de saúde à gestante no pré-natal pressupõe a continuidade do cuidado até o parto (e a chamada "alta do pré-natal" deve ser abolida). Diz respeito também à necessidade de estreitamento de relações entre a APS e a maternidade, propiciando o trabalho coletivo e integrado, incluindo a possibilidade de análise e atuação conjunta na saúde perinatal, como o desenvolvimento de práticas educativas para divulgação e estímulo das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, visita à maternidade, entre outras iniciativas, desde o pré-natal. Assim, a necessidade de disseminação de novos conceitos de cuidado em saúde na gravidez e no parto - uma vez que trata-se de mudança de paradigma, de mudança da cultura e dos valores predominantes na sociedade brasileira com relação ao parto e nascimento - pode acontecer de forma mais eficiente e com maior participação e envolvimento dos trabalhadores, gestores e usuários, desde a APS e envolvendo desde este momento também a maternidade. Significa potencializar as ações dirigidas à qualificação das maternidades desde o pré-natal, com o empoderamento das mulheres sobre

os seus direitos e as boas práticas de atenção. Significa igualmente a possibilidade de interferir nas práticas de atenção e cuidado desde a APS. A mudança conceitual e cultural começa necessariamente no pré-natal, na gravidez, e o envolvimento de toda a rede de atenção primária é fundamental. A vinculação proposta como diretriz propicia esta articulação.

Por outro lado, a vinculação de forma isolada não assegura o acolhimento e pode até ser utilizada como argumento para criação de barreiras de acesso, como se observa ao longo da implementação deste trabalho: maternidades que recusam o atendimento, em nome da vinculação da gestante em outra maternidade. Assim a peregrinação da gestante se perpetua, em nome de uma pretensa proposta de organização e ordenação do sistema, a vinculação, utilizada aqui de forma rígida e burocrática.

Portanto, o acolhimento é o preceito ético de fundo, que deve reger as relações de cuidado em saúde. Deve ainda ser realizado de forma solidária por todos os serviços, já que a prática de acolhimento e porta aberta praticada de forma isolada em um serviço com frequência resulta em superlotação e prejuízo da atenção nestes serviços por um lado, e (des)responsabilização nos outros serviços, por outro. Portanto, para que a vinculação aconteça de maneira harmônica e se constitua de fato numa estratégia de integração de uma rede regionalizada, que promova a continuidade do cuidado, o acolhimento deve ser pactuado na rede por todos e praticado por todos.

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR), por sua vez, é um dispositivo que visou incluir a lógica do acolhimento (uma das diretrizes da PNH) e da classificação de risco nas 'portas de emergência' das maternidades que integraram o Plano. O ACCR se traduz, então, num esforço de compatibilizar o acolhimento com a objetividade da racionalidade médica. Vale dizer ainda que, assim como para a implantação do direito a acompanhante nas maternidades, o ACCR exige, muitas vezes, reorganização dos ambientes de trabalho, sendo, por isso, necessária a adequação da ambiência.

Para a operacionalização do ACCR nas maternidades, foi (e é) preciso: (i) construir sentido junto a todos(as) os(as) trabalhadores(as); (ii) compreender a necessidade de investimentos técnicos (mudanças de processo de trabalho, ambiência etc) tanto na porta de entrada como em outros setores do hospital. É também importante articular com os demais equipamentos da rede de saúde, pois, em muitas situações, as gestantes deverão continuar seu

cuidado com a atenção básica; e (iii) produzir consensos clínicos, que devem resultar em novos processos de trabalho e na introdução de novas condutas sustentadas em evidências científicas e boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Para cada uma das diretrizes foram, então, definidos objetivos, metas e produtos, o que permitiu ofertar às ações do Plano *um olhar avaliativo/formativo e de acompanhamento*, possibilitando verificar os feitos e os efeitos por diretriz em cada uma das maternidades, que pôde, então, ser acompanhada singularmente.

A inovação do PQM se situa nas seguintes direções: (1) inclusão de todas essas diretrizes em um processo de intervenção em maternidades; (2) oferta de um modo de ação cujo intento foi fazer com que essas diretrizes fossem operacionalizadas, a partir de discussões e acordos envolvendo todos(as) os(as) trabalhadores(as) das maternidades bem como movimentos sociais.

A partir da articulação das quatro diretrizes supracitadas e do conjunto das estratégias e ofertas que daí resultaram, o PQM almejou também que parte das 26 maternidades pudessem se constituir como pólos locais e/ou regionais-estaduais de atenção qualificada à mulher e ao recém-nascido, bem como apoiar os demais serviços da rede perinatal.

4. METAS GERAIS

Implementar em 26 maternidades prioritárias da Amazônia Legal e do Nordeste as diretrizes:

(1) Cogestão;

(2) Direito a Acompanhante e Ambiência;

(3) Vinculação da gestante em uma rede integrada de cuidados;

(4) Acolhimento em rede e Acolhimento com Classificação de Risco.

5. A ARTICULAÇÃO DO PQM E REDE CEGONHA: METAS DO PQM AMPLIADAS EM SUA FASE 2 E ARTICULAÇÃO COM A REDE CEGONHA

No ano de 2011, fase 2 do PQM, além da implementação das quatro diretrizes supracitadas, as finalidades centrais do Plano foram: 1) Avançar na qualificação obstétrica, sobretudo, por meio da realização de Cursos de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento; 2) Constituir e/ou fortalecer Fóruns Perinatais, entendendo-os como uma estratégia fundamental para a construção da rede de cuidado materno e infantil; e 3) Desenvolver a integração do PQM ao conjunto de ações e investimentos da Rede Cegonha. A seguir, discorreremos sobre cada um desses percursos de implementação do PQM.

5.1 Processos de formação

Avançar na qualificação obstétrica, por meio de ações de formação nas maternidades. O objetivo central foi o de implantar e monitorar boas práticas na atenção obstétrica e neonatal. O grande investimento em formação nas 26 maternidades do PQM foi a realização do *Curso de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento*, facilitado por profissionais do Hospital Sofia Feldman (HSF)¹¹ de Belo Horizonte/Minas Gerais, parceiro do PQM, juntamente com apoiadoras(es) e supervisoras(es) do Plano.

Durante os cursos, contando com a presença de profissionais de outros serviços e de Instituições de Ensino. Nas 26 maternidades que compuseram o Plano, participaram um total de 1.089 profissionais.

¹¹ A equipe de facilitadores do HSF foi composta por 01 médico obstetra; 01 médico pediatra; 01 enfermeiro obstetra.

5.2 Fóruns Perinatais

Conforme já registrado, o investimento central do PQM foi no apoio à Cogestão. Dessa forma, o Plano se inclinou a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. Um desses espaços coletivos de fundamental importância para a construção da rede de cuidados perinatal é o fórum que já se tem experimentado no SUS, denominado de Fórum Perinatal.

No PQM, os fóruns perinatais¹² foram constituídos para discutir e pactuar propostas para organizar uma rede de cuidados integral e humanizada de atenção a mulheres e a recém-nascidos.

De acordo com Figueiredo (2011), considera-se um Fórum Perinatal como dispositivo na medida em que possibilita aumento da capacidade de:

- Redirecionamento das discussões, avançando do foco de problemas para o foco de proposições;
- Mobilização de parceiros, trabalhadores(as) e gestores(as) para mudança de práticas;
- Desenvolver pactuações internas nas maternidades, unidades da atenção primária e secundária, e em rede ampliada entre hospitais, intra-sistema de saúde em sua organização regional;
- Fazer arranjos, articulações, planejamento e realização de ações integradas com as universidades, com os movimentos sociais e com conselhos de saúde e de classe;
- Elaboração de planos de ações para ampliação de serviços para atendimento ao pré-natal de alto risco, elaboração e validação de protocolos;
- Fazer arranjos, articulações, planejamento e realização de ações integradas, partindo das experiências de cada participante e, assim, efetivando compromissos, contratualizações e pactuações;
- Aprimoramento da apropriação de conceitos, métodos e dispositivos da PNH;

¹² Destaque-se que a Comissão Perinatal de Belo Horizonte, espaço de construção e consolidação da linha de cuidado materno e infantil, serviu de referência para os Fóruns Perinatais construídos com o PQM.

- Articulação com áreas e políticas estratégicas como a regulação, urgência e emergência, atenção primária;
- Articulação intersetorial, a partir de projetos ampliados;
- Desenvolver registros que dêem visibilidade à pluralidade das ações de humanização do parto e nascimento e, ao mesmo tempo, a partir de tais registros, que se possa produzir um plano comum/eixos norteadores para essas ações;
- Desenvolver um exercício coletivo de análises e consolidação de informações sobre os dispositivos implementados, gerando diferentes tipos de produtos, incluindo material para publicação/divulgação (veiculação do conhecimento);
- Identificar fatores facilitadores e entraves no planejamento e implantação de ações/dispositivos (no “como fazer”);
- Ampliação da visibilidade das discussões e ações desencadeadas bem como dos compromissos firmados, fazendo circular suas memórias de encontros entre os departamentos das secretarias de saúde, serviços de saúde, entidades e instituições participantes;
- Ampliação da visibilidade dos indicadores de processo que apontam as repercussões, êxitos, problemas e potencialidades a serem exploradas e aprimoradas com o Fórum, visando mudanças na conformação da rede e de práticas obstétricas e neonatais.

Nessa direção, os Fóruns Perinatais constituídos com o PQM buscaram:

- A construção/fortalecimento, mapeamento, problematização, reflexão e análise da rede perinatal;
- O conhecimento e análise sistemática dos principais indicadores da atenção perinatal;
- A proposição de medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, através da construção coletiva de ações que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica de profissionais envolvida(os) na assistência obstétrica, da atuação junto aos gestores(as) e serviços de saúde;
- A promoção de ações de divulgação sobre a atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, seus principais indicadores, em articulação com a sociedade civil organizada e instituições de saúde.

Os Fóruns tem como foco a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos da mulher, criança e adolescente, direito às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, à assistência qualificada e ao nascimento saudável. Funcionam como espaços de exercício da gestão participativa, controle social, comprometimento, co-responsabilidade, solidariedade e negociação de conflitos para mudança de práticas de atenção e gestão em saúde materna e infantil, favorecendo o acesso às práticas de saúde que defendam e protejam a vida.

Vale dizer, ainda, que esses espaços têm sido compostos por um grupo interinstitucional e interdepartamental, permanente, deliberativo e gestor das políticas de atenção à saúde da gestante e dos recém-nascidos, executando o planejamento, avaliação, monitoramento, divulgação e gestão das ações de saúde materna e infantil.

Em linhas gerais, a construção dos fóruns perinatais, dentro das estratégias de cogestão, apresenta um modo inovador de ação política e institucional: envolver na roda o conjunto das instituições e dos atores que têm mandato social (incluindo sociedades profissionais, conselhos de saúde, da mulher e da criança, Ministério Público, maternidades, atenção básica, regulação assistencial, vigilância sanitária, epidemiologia e informação, redes e movimentos de usuários) para que juntos construam linhas de responsabilização, com a efetivação de contratos de ação, que estabelecem tarefas e encargos, os quais são objeto de regulação. Desse modo, a aposta é que essa seja uma estratégia importante para ampliar o envolvimento de diversos setores da sociedade e trabalhar coletivamente e consensuada a construção de referenciais ético-políticos para o cuidado em saúde e atenção materna e infantil, baseado no direito e qualidade. Sem isso, a mulher e seu bebê correm o risco de se manterem à margem do processo do cuidado apropriado, o que se expressa na peregrinação e não seguimento do plano de cuidado, impondo severas restrições à qualidade e à dignidade da atenção.

O exercício da função apoio em experimentação a partir do PQM, ainda que com avanços em vários territórios na organização de Fóruns, deparou-se com movimentos ainda tímidos em alguns outros. Os motivos que podem justificar essa timidez passam pela maneira como se constituíram historicamente as gestões nesses territórios (pouco democráticas e

participativas, muito verticalizadas), o que tem produzido uma situação nas quais os(as) trabalhadores(as) não se vêem como protagonistas/gestores(as) do seu processo de trabalho ou não conseguem sê-lo. Além disso, muitas vezes, encontrou-se um cenário de disputa entre gestões estaduais e municipais, às vezes político-partidárias, o que se refletia nos fóruns: disputas acerca de quem coordena o Fórum, de sua composição, se é de caráter deliberativo ou propositivo etc.

5.3 Integração do PQM ao conjunto de ações e investimentos da Rede Cegonha¹³

A Rede Cegonha, cuja proposta foi inspirada nessa iniciativa, incorpora a tecnologia do apoio institucional do PQM.

A partir da experiência do PQM, o Apoio Institucional permanece na RC figurando como estratégia metodológica capaz de favorecer as mudanças desejadas na gestão e atenção ao parto e nascimento. A RC toma as ações elaboradas a partir do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), que vinha atuando em 26 maternidades dessas regiões, fortalecendo a direção de qualificação das práticas, incluindo o cenário da atenção básica e investindo na constituição e/ou fortalecimento de Fóruns Perinatais. A Rede Cegonha amplia o PQM do ponto de vista da extensão territorial, e também aponta com mais força o caminho já esboçado pelo Plano, solicitando intervenções para além do apoio às maternidades e junto a suas equipes, apostando numa perspectiva de rede.

¹³ A portaria 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Já a portaria 2351/GM/MS, de 05 de outubro de 2011, faz alterações na portaria 1459.

6. SÍNTESE DO CONJUNTO DE AÇÕES DO PQM E TRANSIÇÃO PARA A REDE CEGONHA

6.1 FASE 1 DO PQM

Ao longo do primeiro ano do PQM (2010), foi desenvolvido um conjunto de ações visando: (1) a qualificação das (os) apoiadoras(es) e supervisoras(es); (2) maior aproximação das(os) dirigentes e/ou profissionais estratégica(os) nas discussões da humanização do parto e nascimento; (3) momentos de troca e compartilhamento das experiências e dos desafios enfrentados nas maternidades e redes perinatais. Abaixo as principais atividades realizadas:

- Oficina de Alinhamento conceitual e metodológico para equipes do Ministério da Saúde apoiadoras(es) institucionais e supervisoras(es), 17 e 18 de novembro de 2009.
- Oficina de Sensibilização dos(as) Gestores(as) das Maternidades Prioritárias e Curso de Gestão de Unidades Neonatais, em Fortaleza - CE, 01 a 04 de dezembro de 2009. O relatório de atividades está disponível no Núcleo técnico da PNH/MS (NT/PNH/MS).
- Oficina de Sensibilização dos(as) Gestores(as) das Maternidades Prioritárias e Curso de Gestão de Unidades Neonatais na Região Norte, em Belém - PA, 15 a 18 de dezembro de 2009. O relatório de atividades está disponível no Núcleo Técnico/PNH/MS.
- Trabalhadores(as) das 26 maternidades apoiadas foram capacitados(as), por meio de visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte - MG, no período de março a junho de 2010. Total: 150 profissionais. O Projeto "Colaboração do Hospital Sofia Feldman" está disponível no Núcleo Técnico/PNH/MS.
- Intercâmbio de 05 dias com uma unidade neonatal matriciadora (Instituto Materno-Infantil - IMIP, Instituto Fernandes Figueira - IFF e H.U. de Ribeirão Preto), totalizando 47 profissionais envolvidos. Ao final do estágio, foi traçado em conjunto um planejamento de ações a serem implementadas nas maternidades. Posteriormente, 60 a 90 dias após o estágio, ocorreu em cada maternidade visita de dois representantes do Hospital onde foi realizado o estágio, sendo um(a) neonatologista e um(a) enfermeiro(a). Os relatórios estão

disponíveis na Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS.

- Oficina para elaboração do Plano de Ação e Acompanhamento Avaliativo com Apoiadoras(es), Supervisoras(es) e Áreas Técnicas do Ministério da Saúde, em Brasília - DF, 28 e 29 de janeiro de 2010. Total: 35 profissionais.
- Capacitação de 26 maternidades no dia 10/02/2010 para início da produção de dados da 1ª fase da Rede de Informações em Neonatologia.
- Reunião referente ao Projeto da Rede Nacional de Informação em Neonatologia para Acompanhamento dos Resultados, da Qualidade e da Efetividade do Cuidado Intensivo Neonatal no Brasil, em 10 de fevereiro de 2010, Brasília - DF.
- Reunião de trabalho com as Supervisoras e Áreas Técnicas para acompanhamento das ações do Plano de Qualificação, 12 de maio de 2010, em Belo Horizonte – MG. Total: 10 profissionais.
- Reunião para Acompanhamento Avaliativo do Plano de Qualificação com Apoiadoras(es), Supervisoras(es) e Áreas Técnicas, realizado em Brasília – DF, 8 e 9 de junho de 2010. Total: 70 profissionais.
- Reunião para Acompanhamento Avaliativo do Plano de Qualificação com Supervisoras(es) e Áreas Técnicas do MS envolvidas com o PQM, realizado em Brasília – DF, 23 de junho de 2010. Total: 15 pessoas.
- Oficina "Análise e intervenção para melhoria do cuidado neonatal no Brasil", cujo objetivo foi apresentar os resultados da 1º etapa do projeto Rede Nacional de Informações em Neonatologia e a intervenção na 2º etapa (2011), realizada em Brasília – DF, 11 de agosto de 2010.
- Reunião entre os Centros Matriciadores em Neonatologia (H.U. Ribeirão Preto, IMIP e IFF) e Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, Saúde Criança e Aleitamento Materno e PNH, para discussão dos resultados das visitas técnicas e alinhamento conceitual e metodológico, realizada em Recife - PE, 4 de setembro de 2010.
- Organização de um Ciclo de Debates para sensibilização dos profissionais e fortalecimento das discussões sobre as diretrizes do

Plano de Qualificação. As temáticas abordadas nas videoconferências foram: 1- Comissão Perinatal e Regulação: a experiência de Belo Horizonte; 2- Boas Práticas na humanização do parto e nascimento; 3- Acolhimento e Vinculação da Gestante e do recém-nascido; 4- Cogestão nos serviços de saúde; 5- Cuidados ao recém-nascido na maternidade e UTI neonatal; 6- Atenção Primária à Saúde.

- O Ciclo de Debates teve início em agosto e foi encerrado no final de novembro de 2010. Cada videoconferência mobilizou cerca de 100 trabalhadores(as) nos 17 estados, além de pontos em Brasília e Belo Horizonte – MG. Esta ação foi realizada em parceria com em parceria com a SMSA-BH (onde foram realizadas as VC), a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS).
- Reunião com Supervisoras, Apoiadoras(es) e Áreas Técnicas para avaliação final da 1º fase e definição das perspectivas para 2º fase (2011), realizada em Brasília – DF, 1º, 2 e 3 de dezembro de 2010. Total: 45 profissionais.
- Incluídas as 26 maternidades no banco de dados da Rede Nacional de Informações em Neonatologia.
- Participação dos(as) supervisoras(es) do Plano em mesa redonda, apresentado a experiência do PQM com cada diretriz implementada, no *Seminário Internacional de Humanização do Parto e Nascimento* promovido pela REHUNA, em dezembro de 2010.

6.2 FASE 2 DO PQM

Ao longo de 2011, fase 2 do PQM, foram desenvolvidas ações visando: (1) transição do desenho de apoio institucional do PQM para a Rede Cegonha; (2) maior aproximação e qualificação dos dirigentes e/ou profissionais estratégicos nas discussões da humanização do parto e nascimento; (3) aprimoramento do acompanhamento avaliativo das ações desenvolvidas; (4) compartilhamento das experiências e dos desafios enfrentados nas maternidades e redes perinatais; (5) fortalecimento e intensificação dos fóruns; (6) oficinas sobre ambiência e construção de projetos arquitetônicos

para as 26 maternidades. A seguir, estão descritas as principais atividades realizadas:

- Oficina de Planejamento do ano de 2011, para discussão das diretrizes previstas na Rede Cegonha e correlação com diretrizes do PQM. Produto: Ajustando metas do PQM conforme metas da Rede Cegonha por diretriz. Realizada em Brasília – DF, em fevereiro de 2011.
- Apoio matricial em ambiência para todas as maternidades priorizadas para o PQM, com o objetivo de discutir propostas de mudança do modelo obstétrico e neonatal correlacionando à RDC 36. Foram cerca de 30 reuniões ao longo do ano de 2011.
- Oficina de acompanhamento avaliativo do PQM, com esboço inicial do desenho de transição do PQM para a Rede Cegonha, participação de apoiadoras(es), supervisoras(es) e equipes do Ministério da Saúde, junho de 2011.
- *Simpósio Rede Cegonha* – abril de 2011¹⁴
- Fortalecimento dos Fóruns Perinatais constituídos em 2010 e criação de novos em 2011, totalizando 16 fóruns em funcionamento.
- Apresentação do PQM no Comitê Gestor da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, junho de 2011.
- Oficina do PQM, discussão da transição PQM para a Rede Cegonha, com apoiadoras(es) e gestores(as) da PNH e Rede Cegonha, tendo como produto também o de acompanhamento avaliativo, novo instrumento de monitoramento, em agosto de 2011.
- Encontros entre equipes do MS e apoiadoras(es) temáticas(os) RC (antes, supervisoras(es) do PQM) para elaboração do Manual de apoio institucional da Rede Cegonha, a partir da experiência do PQM, entre agosto e dezembro de 2011.
- Encontros entre equipes do DAPES e Apoiadoras(es) Temáticos (supervisoras(es) PQM) para composição de linhas para o desenho da gestão do apoio à Rede Cegonha, com composição do Grupo Gestor do Apoio à Rede Cegonha, formado pela ATSMulher, PNH e ATSCriança e Aleitamento Materno, segundo semestre de 2011.

¹⁴Programação disponível em: <http://eventos.opasbrasil.org/program.php?tema=redecegonha&lang=pt>.

- Curso de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento nas 26 maternidades que compõem o Plano (ANEXO III), com participação de apoiadoras(es), supervisoras(es) e equipe das maternidades e facilitação de profissionais do HSF, ao longo de 2011. Total de profissionais capacitados: 1089.
- Oficina com Apoiadoras(es) Temáticos da Rede Cegonha (supervisoras(es) do PQM) para elaboração e validação de instrumento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, setembro de 2011 (em anexo).
- Reuniões entre apoiadoras(es) e equipe das maternidades para preenchimento do instrumento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, a partir de setembro de 2011.
- Encontros entre apoiadoras(es) e supervisoras(es) (agora apoiadoras(es) temáticos RC) para atualização do Plano de Ação e Acompanhamento Avaliativo.
- Reuniões semanais do Grupo Executivo da Rede Cegonha.
- Oficina de Planejamento do Apoio à implantação da Rede Cegonha, com fechamento da transição PQM-RC, com participação de apoiadoras(es) de maternidades, apoiadoras(es) temáticos, equipes do MS e coordenações estaduais de saúde da mulher, e já ampliação da equipe de apoiadoras(es) e abrangência do projeto, dezembro de 2011.

7. ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO NO CONTEXTO DO APOIO INSTITUCIONAL

Nos anos de 2010¹⁵ e 2011, as áreas técnicas do Ministério da Saúde em conjunto com apoiadoras(es) e supervisoras(es) do Plano de Qualificação realizaram o Acompanhamento Avaliativo (BRASIL, 2009) das ações desenvolvidas nas maternidades.

Ressalte-se que, ao longo do segundo semestre de 2011, apoiadoras(es) temáticos da RC (até então supervisoras(es) do PQM), do apoio matricial em Planejamento, Monitoramento & Avaliação, equipes do Ministério da Saúde da PNH, Área Técnica de Saúde da Mulher, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno realizaram encontros sistemáticos para a elaboração e validação, em setembro do mesmo ano, de um *Instrumento de Monitoramento do Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia Legal*¹⁶, o qual foi experimentado e implementado nas maternidades pelas equipes, dentro das atividades de apoio institucional.

Como se trata de informações que têm relevância primeiramente para o próprio serviço (para sua gestão cotidiana), o instrumento foi proposto para ser discutido em observações locais e rodas de conversa com as equipes, buscando-se o levantamento dos dados a partir da própria vivência dos trabalhadores(as)/gestores(as). Ressalta-se, então, que a idéia não é se prender somente a “fontes informatizadas de informação” (sabidamente frágeis e muitas vezes burocratizantes), mas sim como uma iniciativa de exploração de dados a partir do próprio movimento local. Dessa forma a proposta de acompanhamento avaliativo ganha força e potência para ir instituindo-se como cultura institucional, *o apoiador incorporando essa estratégia de investigação junto com as equipes, podendo inclusive recorrer aos sistemas de informação existentes, mas não tomando sua fragilidade atual como inviabilizadora do movimento investigativo-interventivo.*

O conjunto total de indicadores, abrangendo estrutura, processo e resultados, foi tido como uma estratégia para “induzir” a análise não somente da situação atual quanto ao desempenho da Maternidade, mas para reflexão

¹⁵ Vide Relatório PQM – Fase 1 (PNH, 2011) e Relatório do Pacto Pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009 – 2010 (BRASIL, 2010).

¹⁶ Vide anexo III.

sobre as próprias dificuldades de disponibilidade de dados e sua apropriação coletiva.

O referido instrumento (Anexo III) articula objetivos e indicadores dos processos e resultados esperados, seguindo as metas gerais, contemplando as seguintes dimensões/eixos.

7.1 Eixos de Monitoramento e Avaliação

1. Monitoramento e vigilância com base em alguns eventos na maternidade de referência.
2. Monitoramento e vigilância com base em alguns procedimentos assistenciais e em indicativos de "boas práticas".
3. Monitoramento com base na amplitude de serviços oferecidos e rotinas de qualificação do processo de trabalho.
4. Monitoramento com base na organização da equipe técnica para cobertura dos plantões.
5. Monitoramento com base em metas de ações/dispositivos para qualificação do cuidado, seguindo-se as diretrizes de humanização e boas práticas.
6. Monitoramento com base na agenda de reuniões/encontros/oficinas e outras atividades compreendidas na função apoio nos planos locais de ação.
7. Monitoramento com base em indicadores usuais de desempenho hospitalar.
8. Monitoramento de investimentos e execução de novos recursos financeiros ou incentivos.

A versão final do instrumento vem sendo aprimorada quanto aos conteúdos e método de coleta/atualização, norteando o trabalho do apoio institucional na RC¹⁷.

Além das estratégias e instrumentos de acompanhamento avaliativo das ações desenvolvidas nas maternidades propriamente, foi instituída uma proposta sistemática de avaliação de toda a implementação do PQM e agora

¹⁷ Instrumentos de PM&A do trabalho do apoio institucional na RC, vide anexo I.

também da RC, cuidando em instituir a prática de análises coletivas e coparticipativas do trabalho realizado.

Essa direção formativa e coletiva do Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) utilizada no PQM baseia-se nas discussões e experimentações realizadas na PNH (Santos Filho, 2009). Tal política, através de acúmulos teóricos e práticos, afirma que o acompanhamento avaliativo, quando realizado pelos próprios atores possui caráter formativo e de ampliação da análise dos processos de trabalho e modelo vigente.

Nesse contexto, elaboram-se (e validam-se) também as sistematizações periódicas dos processos e resultados dos investimentos institucionais.

8. PRODUTOS E RESULTADOS DO PQM E PERSPECTIVAS NA REDE CEGONHA

A seguir encontram-se agrupados os âmbitos de produtos e resultados do PQM, retomando-se ações já destacadas anteriormente, mas aqui sistematizadas no espectro geral de “movimentos e efeitos” do PQM e no contexto dos primeiros momentos de transição para a Rede Cegonha. Junto ao destaque de alguns produtos/resultados, acena-se também com as perspectivas esperadas com a consolidação da Rede Cegonha.

8.1 APRESENTAÇÃO DOS AVANÇOS E DESAFIOS POR DIRETRIZ

No presente relatório, o objetivo foi apresentar um quadro de avaliação dos avanços e desafios em cada maternidade por eixo/diretriz (Cogestão, Acolhimento em Rede, Acolhimento com Classificação de Risco). Para isso, foram utilizados o instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação supracitado, bem como os relatórios-síntese das ações do PQM em cada maternidade, a fim de tentar apresentar o movimento de implantação das diretrizes orientadoras do PQM em cada maternidade, ao longo dos dois anos de execução do Plano.

A seguir, são apresentados alguns gráficos que sintetizam os avanços e desafios na implementação das diretrizes do PQM, quais sejam: Cogestão, Acolhimento em Rede, Acolhimento com Classificação de Risco e Direito a acompanhante e ambiência.

Acolhimento

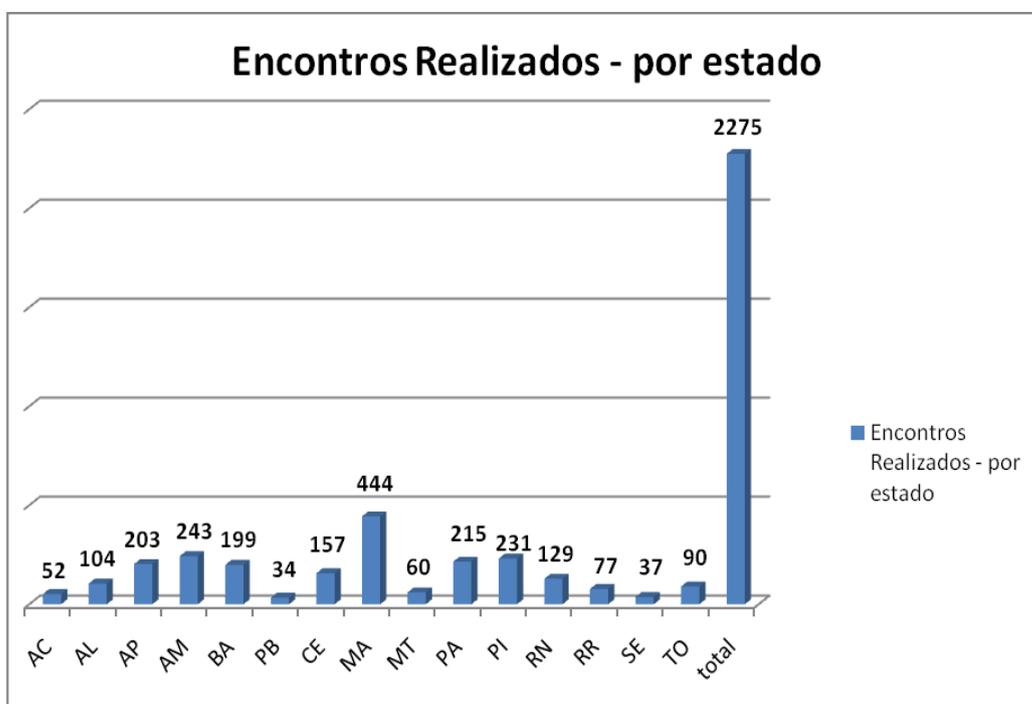
Implementação da Diretriz Acolhimento nas maternidades apoiadas no PQM e redes locais	
Pactuação de "Vaga Sempre"	Pactuado e implementado na maioria das maternidades apoiadas (17) e em fase de pactuação nas restantes (9)
Acolhimento de Classificação de Risco	
Mapa de Vinculação	Boa parte das maternidades (12) já constituíram o Mapa de Vinculação como forma de aproximação com a Atenção Básica local para evitar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento.

A pactuação de "Vaga Sempre", para acolhimento imediato da gestante e do recém-nascido, ocorreu em 17 das 26 Maternidades participantes do PQM. Os estados de AL, AM, PB e PA possuem duas maternidades cada com esta pactuação realizada. Nos estados da Bahia e Ceará uma das duas maternidades acompanhadas pelo PQM possui esta pactuação. Já no estado do Maranhão, das três maternidades a pactuaram. Cabe observar que a implementação da "Vaga Sempre" nas maternidades se efetiva em diferentes intensidades, sendo variável em função do tempo, dependente da complexidade da rede local, estruturas de regulação e configuração político-institucional do SUS regional. Sinaliza-se aqui que nas maternidades onde essa diretriz foi pactuada, há esforço constante da direção, dos trabalhadores da maternidade e da rede local, via instâncias de gestão colegiada, em assegurar sua implementação. Naquelas onde a pactuação ainda não se efetivou, os esforços continuam sendo feitos pelos apoiadores no âmbito da Rede Cegonha.

No que se refere a Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), 17 das 26 maternidades participantes do PQM realizaram a estruturação deste dispositivo. Os estados de AL, AM, CE e PA possuem duas maternidades com

ACR implantado e o estado do Maranhão possui três. No estado da Paraíba, uma das duas maternidades do PQM implantou o ACR e no estado da Bahia em nenhuma das duas maternidades do PQM acontece o ACR.

A vinculação da gestante (do pré-natal à maternidade para o parto, construção de mapa de vinculação e maior aproximação da maternidade com a atenção básica) avançaram em 12 maternidades. Os estados de Alagoas, Bahia e Ceará possuem duas maternidades do PQM com o Mapa de Vinculação constituído ou em formulação. No estado do Maranhão, duas das três maternidades do PQM avançaram na formulação do Mapa e no Amazonas uma das duas maternidades do PQM.



Os(as) apoiadores(as) e supervisores(as) das maternidades do PQM produziram 2275 encontros registrados (rodas, oficinas, reuniões, fóruns perinatais, seminários etc.) entre os atores estratégicos para discussão, pactuação e implantação do Plano de Ação.

Direito a Acompanhante e Ampliação de Horário de Visita

Implementação do Direito ao Acompanhante e Ampliação do Horário de Visitas nas maternidades apoiadas no PQM	
Direito ao Acompanhante	Pactuado e em implementação na maioria das maternidades apoiadas (20) e em fase de pactuação nas restantes (6)
Ampliação Horário de Visita	Ampliação realizada na maioria das maternidades apoiadas (16) e em discussão nas restantes (10)

O direito ao acompanhante está em implementação em 20 maternidades. Há indicativo de avanço para que o acompanhante seja de livre escolha da mulher conforme a legislação vigente (Lei 11.108/2005). Os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará e Pará possuem duas maternidades acompanhadas pelo PQM com essa diretriz implantada. No estado da Paraíba, uma das duas maternidades do PQM efetivou o direito ao acompanhante e no estado do Maranhão das três maternidades do PQM apenas duas o implantaram.

A ampliação do horário de visita foi realizada em 16 das 26 maternidades do PQM. Nos estados da Bahia, Ceará e Maranhão as duas maternidades do PQM ampliaram horário de visita. Em Alagoas e no Maranhão uma das duas maternidades do PQM em cada estado ampliaram o horário. No caso do Pará, nenhuma das duas maternidades do PQM realizaram ampliação do horário de visita.

Cogestão

Implementação da Diretriz Cogestão nas maternidades apoiadas no PQM		
Dispositivos de cogestão nas maternidades	Grupo Estratégico para Cogestão do Plano	Implantado em todas as maternidades apoiadas
	Colegiados Gestores	Implantado na maioria das maternidades apoiadas (17) e em implementação nas restantes (9)
Dispositivo de Cogestão em Rede	Fóruns Perinatais	Organizados 16 Fóruns Perinatais (municipal ou estadual) nas regiões abrangidas pelo PQM

Dispositivos para a democratização da gestão e inclusão dos(as) trabalhadores(as) nas decisões são experimentados em todas as 26 maternidades. Há um grupo estratégico responsável pelo Plano em todas as maternidades e Colegiado Gestor em experimentação em 17 maternidades. Nos estados de Alagoas, Amazonas e Paraíba uma das duas maternidades do PQM de cada estado possui Colegiado Gestor e no Maranhão das três maternidades do PQM uma possui. No caso da Bahia, Ceará e Pará as duas maternidades do PQM possuem Colegiado Gestor em funcionamento.

Os Fóruns perinatais serão detalhados no item 8.3, adiante.

Ações e Intervenções em Ambiência 2010-2011

Nordeste					
UF	Maternidade	2010		2011	
		Ações realizadas	Intervenções realizadas	Ações realizadas	Intervenções realizadas
PI	Maternidade Dona Evangelina Rosa	--	--	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Criação de um grupo de trabalho local para condução do processo e desenvolvimento das ações
CE	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Visita Técnica – 1	--	--	--
	Hospital César Cals	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Construção coletiva do projeto de reforma para adequação dos quartos PPP na atual casa da gestante e melhorias no acolhimento com classificação de risco adequando a recepção. Climatização dos alojamentos conjuntos	--	--
RN	Maternidade Escola Januário Cicco	Visita Técnica – 1 Reunião - 1	--	--	--
PB	Maternidade Cândida Vargas	Visita Técnica – 1	Apoio para elaboração de projeto arquitetônico	--	--
	Inst. Saúde Elpídio Almeida - Campina Grande	Encontro - 1	Realização de reforma no espaço físico contemplando: (i) transformação dos pré-partos e salas de parto normal em quartos PPP individualizados com banheiros exclusivos com criação de quarto a mais; (ii) criação de áreas de apoio para o centro de parto normal	Apoio para elaboração dos projetos arquitetônicos do CPN e Casa da GBBP	--
PE	Hospital Barão de Lucena	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Mudança no layout do pré-parto e centro obstétrico	--	--
	Hospital Regional	--	--	--	--

	Dom Malan-Petrolina				
AL	Maternidade Escola Santa Mônica	--	--	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	
	Hospital Regional de Arapiraca	--		Visita Técnica – 1 Reunião - 1 Apoio na discussão da adequação da ambiência para transformar o pré-parto em PPP e qualificar o espaço da recepção para implementação do acolhimento e classificação de risco	
SE	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Reforma e adequação do layout da área de admissão com a criação de boxes PPP	--	--
BA	Maternidade Tsylla Balbino	--	--	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência – 2 Criação de um grupo de trabalho para discutir e acompanhar o desenvolvimento do projeto arquitetônico	Mudanças nos pré-partos e salas de partos realizadas de acordo com a discussão apoiada.
	Instituto de Perinatologia da Bahia	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Mudanças imediatas e sem reformas: individualização dos boxes dos pré-partos com cortinas, aquisição de poltronas p/ acompanhantes. Elaboração do projeto arquitetônico de reforma do Centro Obstétrico.	Oficina de Ambiência – 1 (validação do projeto arquitetônico de reforma)	--

Amazônia Legal					
UF	Maternidade	2010		2011	
		Ações realizadas	Intervenções realizadas	Ações Realizadas	Intervenções Realizadas
RO	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Reforma para melhorias nas condições da ambiência do Centro Obstétrico que encontrava-se degradado, criando-se um espaço mais adequado para admissão das parturientes	Reunião - 1	
AC	Hospital Maternidade Bárbara Heliodora	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência – 1 para apoiar o projeto de reforma do CPN	projeto concluído	--	--
AM	Maternidade Ana Braga	Visita Técnica – 1	.	--	--
	Maternidade Balbina Mestrinho	--	Discussão do Projeto da nova maternidade	--	--
RR	Hospital Maternidade Inf. Nossa Srª de Nazaré	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Discussão do projeto arquitetônico.	--	--
PA	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém		--	Visita Técnica – 1 Participação da equipe na Oficina de Ambiência para as maternidades do Estado do Pará - 1	--
	Hospital das Clínicas Gaspar Viana	--	--	-	--
AP	Hospital da Mulher Mãe Luiza	--	--	--	--
TO	Hospital Dona Regina Siqueira Campos	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência – 1 Rodas de conversa quinzenais sobre ambiência para discussão e construção do projeto de mudança.	Oficina de Ambiência – 1 Avaliação das mudanças implantadas, discussão da 2ª etapa de intervenções, cujo processo será discutido nas rodas de conversa sobre ambiência para reformas no Alojamento	--

				Conjunto, ampliação de mais um PPP, realocação dos repousos e reformas em áreas de apoio. Discussão do projeto do novo edifício da Nova Maternidade	
MT	Hospital Beneficente Santa Helena	--	--	Visita Técnica – 1	--
MA	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	--	--	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	--
	Maternidade Marly Sarney	--	--	Visita Técnica – 1 Oficina de Ambiência - 1	--
	HU - Universidade Federal do Maranhão	--	--	Oficina de Ambiência - 1 Arquitetos e Engenheiros do HU participaram da Oficina de Ambiência realizada na Maternidade Marly Sarney	--

8.2 Em destaque os processos de Formação/cursos

No âmbito do PQM foram realizados 26 cursos, que ocorreram no período de 22 de março a 1º de dezembro de 2011, nas maternidades participantes. Os cursos foram realizados com participação de gestores(as) e profissionais diretamente envolvidos na assistência à mulher, ao recém-nascido e família, com predomínio de médicas(os) e enfermeiras(os) obstetras.

Cada grupo foi composto por uma média de 15 profissionais, identificados como sendo de referência na maternidade, para apoiar e implantar mudanças nas práticas de atenção ao parto e nascimento. A identificação dos(as) profissionais participantes foi realizada previamente pelas(es) apoiadoras(es) da PNH de cada uma das maternidades em conjunto com a sua direção/coordenação.

As atividades teórico-práticas realizadas durante o curso foram destinadas a um grupo composto por aproximadamente 15 profissionais de cada uma das 26 maternidades de referência, totalizando 388 profissionais capacitados(as), conforme descrito na tabela a seguir.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº DE PARTICIPANTES
Enfermeiro(a)	89
Enfermeiro(a) obstetra	35
Médico(a) obstetra	89
Médico(a) pediatra	31
Médico(a) neonatologista	34
Anestesiologista	2
Técnico(a) de enfermagem	66
Médico(a) residente	24
Assistente social	6
Fonoaudiólogo(a)	1
Fisioterapeuta	5
Psicólogo(a)	2
Terapeuta Ocupacional	1
Farmacêutico(a)	1
Residentes de enfermagem	2
Total	388

Durante os cursos, os(as) facilitadores(as) do HSF trabalharam conceitos e conteúdos e realizaram rodas de conversa abordando temas relacionados às boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Essas atividades (articuladas aos cursos) foram abertas a todos(as) os(as) profissionais das maternidades, sendo que em algumas situações se contou com a presença de profissionais de outros serviços, bem como de Instituições de Ensino. Participaram um total de 1.089 profissionais, distribuídos na planilha a seguir.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº DE PARTICIPANTES
Enfermeiro(a)	230
Médico(a)	34
Internos(as) em Medicina	37
Psicólogo(a)	24
Fisioterapeuta	25
Técnico(a) de Segurança do Trabalho	1
Apoiadoras(es) MS	2
Assistente social	34
Técnico(a) de Enfermagem	161
Médico(a) obstetra	151
Médico(a) neonatologista	40
Médico(a) pediatra	46
Médico(a) residente	52
Diretor/Supervisor	26
Não identificado	148
Fonoaudiólogo	2
Nutricionista	8
Técnico(a) Administrativo	4
Gestor(a) SES	16
Anestesiologista	5
Bioquímico	1
Doula	3
Enfermeiro obstetra	11
Ouvidor	2
Terapeuta Ocupacional	1
Acadêmicos de Fisioterapia	4
Odontólogos	2
Farmacêutico	1
Residentes de enfermagem	14
Doutorandos	4
Total	1.089

A partir das informações fornecidas pelas(os) apoiadoras(es), bem como das atividades realizadas durante os cursos, foram elaborados relatórios referentes a cada maternidade abordando dentre outros aspectos: O perfil assistencial; A articulação da maternidade com a rede de saúde do município e/ou Estado; Os principais indicadores; Síntese dos problemas que foram tomados como desafios; e Principais avanços identificados.

No que se refere aos Cursos de Implantação das Boas Práticas na atenção ao parto e nascimento, foram sistematizadas as informações relacionadas aos participantes das capacitações, principais temas abordados e os planos de ação elaborados pelas equipes e pactuados com os gestores(as) e profissionais de cada maternidade. As informações relativas a cada uma das maternidades estão apresentadas seguindo a ordem de realização dos cursos¹⁸.

8.3 Em destaque os Fóruns Perinatais

No PQM foram organizados 16 Fóruns Perinatais (municipal ou estadual) para discussão e pactuação de suas diretrizes. Além das maternidades apoiadas, os Fóruns reuniam os demais serviços da Rede SUS, maternidades conveniadas, sociedade civil, representação de classes e Ministério Público.

A organização e o desenvolvimento dos Fóruns Perinatais (já destacados anteriormente) se constituía como um dos focos de investimento do apoio institucional. Assim, nos territórios aonde o PQM foi desenvolvido, os Fóruns se configuraram como espaço pedagógico, que visava contribuir com a produção de sujeitos e com a articulação de redes comunicacionais, de produção de cuidado/atenção e de trocas de práticas e saberes. Portanto, os Fóruns consistiam em espaços para discussão e aprofundamento de temas que eram escolhidos coletivamente a partir das necessidades concretas de ação nos territórios, ou seja, produzindo sentido para o grupo de pessoas e instituições envolvidas. Os Fóruns funcionaram, pois, como espaços coletivos que colocavam em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a

¹⁸ Mais informações sobre o processo em cada uma das maternidades, vide Relatório Geral dos Cursos realizados em 26 maternidades de referência das Regiões Nordeste e Amazônia Legal – Hospital Sofia Feldman, 2011.

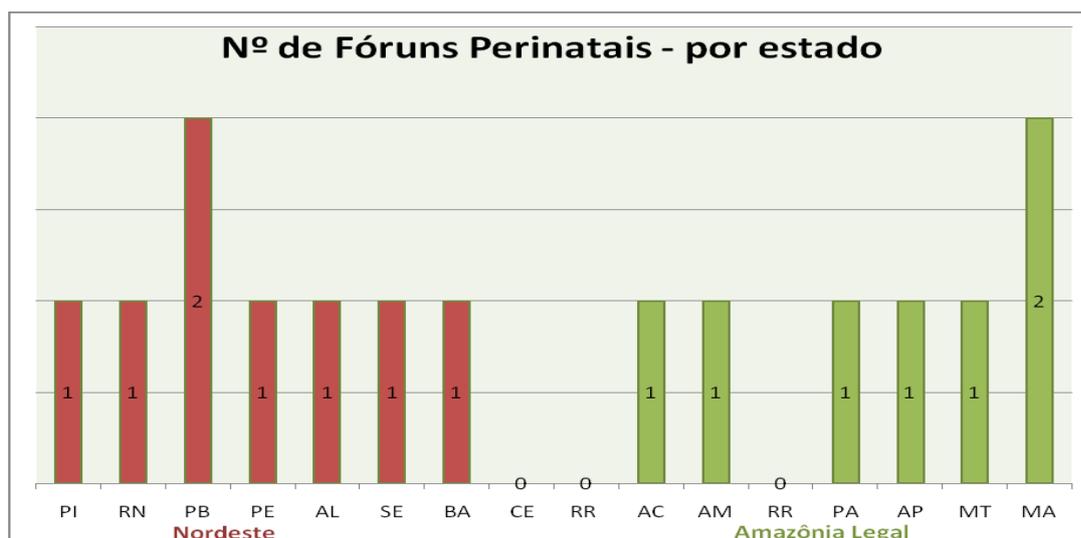
missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de análise e intervenção (NUNES, 2010).

Estes Os projetos políticos e operacionais construídos nos Fóruns visavam a reorganização dos processos de trabalho, da produção de saúde e autonomia e da ativação de redes, para realizar pactuações e fazer face à mudança de paradigma obstétrico e neonatal.

Por meio dos fóruns, um acordo ético do estado e municípios com instituições, conselhos e sociedade civil foi se desenhando na direção da promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher e criança: universal, resolutiva, integral, humanizada e equitativa.

Os Fóruns se constituíram, assim, em espaços coletivos de formação de grupidades potentes, propiciando o diálogo em torno da produção de projetos de intervenção nas realidades capazes de alterar algumas práticas instituídas. O aumento do grau de comunicabilidade na rede de saúde entre diferentes atores sociais contribuiu para fortalecer o debate e a criação de ações concretas visando à humanização e a qualidade na atenção a mulher e criança no SUS.

Entre os 16 Fóruns constituídos observam-se características singulares com relação aos arranjos e processos de organização. Dessa maneira, nos estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Maranhão, Piauí, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins os Fóruns aconteceram de modo ativo. No Amapá, Bahia, Mato Grosso e Paraíba os Fóruns encontravam-se em processo inicial ou pouco ativo. Por diversas razões, o PQM não conseguiu mobilizar os atores para constituição de fóruns no Ceará, em Rondônia e em Roraima.



Composição dos Fóruns. De modo geral, os Fóruns Perinatais eram compostos de modo diversificado, obedecendo a critérios definidos e pactuados em cada território. A composição e a participação das instituições nos Fóruns, variou em cada território. No geral, participavam das seguintes instituições: Secretarias Estaduais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde das Capitais; Secretarias Municipais de Saúde de municípios parceiros; Setores da Gestão de Hospitais e Maternidades; Secretarias de Direitos Humanos; Organismos de Políticas para as Mulheres; Universidades; Ministério Público; Movimentos sociais; Conselhos e Entidades Profissionais.

Entre os principais produtos/processos obtidos a partir dos Fóruns, destacam-se:

- Ativação de espaços coletivos de diálogo e gestão;
- Articulação entre unidades de atenção primária e unidades hospitalares;
- Sistematização do fluxo de exames de rotina de pré-natal;
- Maior compreensão e pactuação sobre a vinculação das gestantes desde o pré-natal até a maternidade de referência, para evitar peregrinação;
- Estabelecimento de rotinas de reuniões para discussão de problemas e processos de trabalho.
- Organização de espaços de análise e apoio ao processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nos três níveis de

atenção, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das diretrizes das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Mulher;

- Produção de consensos técnico e político com gestores(as) e equipes de atenção à saúde em torno da problemática da morbi-mortalidade neonatal e materna e da necessidade de intervenção nestes eventos, considerando a problematização e reorganização de processos de trabalho, apoiando as equipes que atuam na assistência obstétrica e neonatal.

O processo de implementação dos Fóruns Perinatais também possibilitou a observação de importantes problemas na articulação dos compromissos, tais como:

- Pouca participação e adesão das Diretorias de Regulação de Saúde dos estados ao PQM, dificultando muitas das demandas que aparecem no Fórum.
- Falta de responsabilização das equipes com as demandas que saiam do Fórum
- Falta de integração das equipes (determinadas pactuações dependem das características ou do “perfil” do plantão para serem executadas)

8.3.1 Os Fóruns na transição para a Rede Cegonha: perspectivas

A partir de 2011, acompanhando a transição do trabalho dos apoiadoras(es) institucionais do PQM para a Rede Cegonha, a discussão sobre os fóruns precisou ganhar espaço e força para que possam, aos poucos, se ampliar e se fortalecer no contexto da Rede Cegonha.

Assim, vale repetir a importância dos Fóruns (como espaços de múltiplas representações institucionais sociais formuladores de compromissos) nos desafios reafirmados pela Rede Cegonha, que apontam para: organizar uma rede de cuidados progressiva, integral e humanizada, favorecendo o acesso de mulheres e crianças a práticas de saúde que defendam e protejam a vida: *Linha de Cuidado de Atenção à Saúde Materno-Infantil*; para produzir e consolidar um novo paradigma de atenção à saúde materno-infantil, com base

em evidências científicas e nos princípios da humanização: *mudança no Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento*; e para ampliar o acesso das mulheres e das crianças usuárias do SUS às ações e aos serviços de saúde obstétrica e neonatal de maneira integral, oportuna e digna, garantindo o vínculo entre a atenção primária e a atenção especializada e uma assistência humanizada, segura e de qualidade.

Por meio dos Fóruns espera-se a indução e alcance das marcas da Rede Cegonha:

1. Garantir "*vaga sempre*" às mulheres gestantes, com acolhimento respeitoso e classificação do risco;
2. Garantir o *direito a acompanhante* de livre escolha a todas as mulheres, durante o trabalho de parto, parto, aborto e puerpério;
3. Adotar as *boas práticas* de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS);
4. Garantir *privacidade* da mulher no trabalho de parto e parto;
5. *Reduzir os índices de cesariana*, episiotomia e uso de ocitocina;
6. Promover o *parto e nascimento humanizados*, ofertando métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor e possibilidade de partos na posição vertical;
7. Promover a *participação do pai* no momento do nascimento;
8. Promover o *contato pele a pele* entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento;
9. Garantir livre *permanência da mãe e pai juntos ao seu recém nascido* durante todo o tempo de internação na UTI ou UCI;
10. Estimular a amamentação na primeira hora de vida e cumprir os 10 passos para o a proteção, promoção e apoio ao *aleitamento materno*;
11. Manter atuante comissão de *investigação do óbito* materno, fetal e infantil;
12. Manter ativos mecanismos de *participação dos usuários(as)*, como ouvidoria, conselho local de saúde, pesquisas de satisfação, caixas de sugestão, publicização dos indicadores;
13. Garantir *gestão participativa e democrática*, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde.

9. ACERCA DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

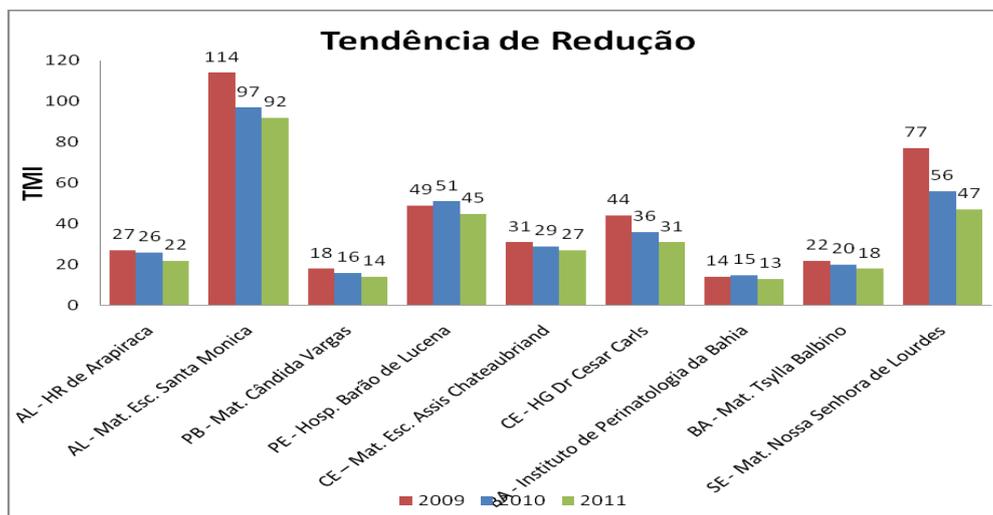
9.1 Taxa de mortalidade Infantil (menores de um ano de idade) e Taxa de Mortalidade Materna, período 2009 a 2011 nas maternidades apoiadas pelo PQM

A seguir serão apresentados dados relativos a Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) e Razão de Mortalidade Materna nas maternidades apoiadas pelo PQM.

É importante ressaltar que essas taxas estão aqui apresentadas apenas a título de informação complementar, não se pretendendo nenhuma avaliação demonstrando interferência direta das ações desenvolvidas com os resultados das taxas. Lembrar, portanto, que por ora não há desenho de análise que permitiria esses tipos de avaliações.

9.1.1 Taxa de mortalidade Infantil (TMI)¹⁹ período 2009 a 2011 nas maternidades apoiadas pelo PQM no Nordeste:

Tendência de Redução:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012

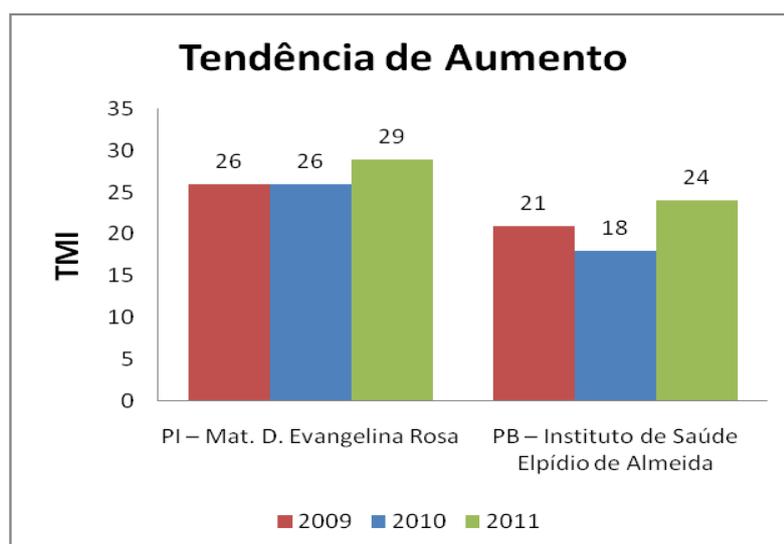
*2011, dados preliminares

¹⁹ Número de óbito de crianças menores de 1 ano/total de nascidos vivos X1000

Do total de 13 maternidades apoiadas pelo PQM na região nordeste, 09 tiveram tendência de redução na taxa de mortalidade infantil, tomando-se como base o ano de 2009, conforme segue:

- **Alagoas** - Hospital Regional de Arapiraca apresentou TMI de 27,0 em 2009, 26,0 em 2010 e 22,0 em 2011; Maternidade Escola Santa Monica, apresentou TMI de 114,0 em 2009; 97,0 em 2010 e 92,0 em 2011;
- **Paraíba** - Maternidade Cândida Vargas apresentou TMI de 18,0 em 2009, 16,0 em 2010 e 14,0 em 2011;
- **Pernambuco** - Hospital Barão de Lucena em 2009 apresentou TMI de 49,0, 51,0 em 2010 e 45,0 em 2011;
- **Ceará** - Maternidade Escola Assis Chateaubriand, TMI de 31,0 em 2009 e 29,0 e 27,0 em 2010 e 2011, respectivamente; Hospital Geral Dr Cesar Carls com TMI de 44,0 em 2009, 36,0 em 2010 e 31,0 em 2011;
- **Bahia** - Instituto de Perinatologia da Bahia, TMI de 14,0 em 2009, 15,0 em 2010 e 13,0 em 2011; Maternidade Tsylla Balbino em 2009 apresentou TMI de 22,0, em 2010 de 20,0 e 18,0 em 2011;
- **Sergipe** - Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, em 2009 TMI de 77,0, 56,0 em 2010 e 47,0 em 2011.

Tendência de aumento:



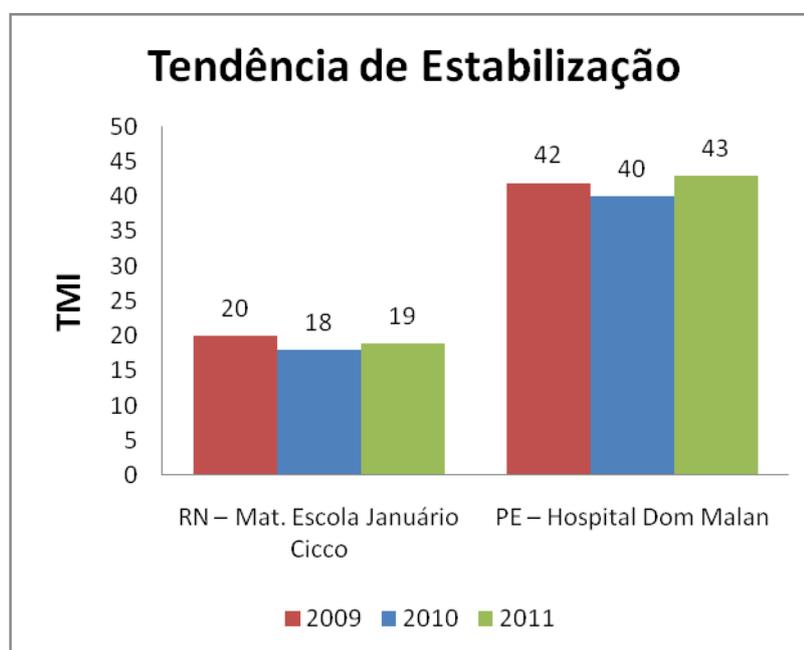
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012

*2011, dados preliminares

Duas maternidades apresentaram tendência de aumento na TMI, tomando-se como referência o ano de 2009, conforme segue:

- **Piauí** – Maternidade Dona Evangelina Rosa: TMI de 26,0 em 2009 e de 29,0 em 2011;
- **Paraíba** – Instituto de Saúde Elpídio de Almeida apresentou TMI de 21,0 em 2009, 18,0 em 2010 e 24,0 em 2011;

Tendência de estabilização:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

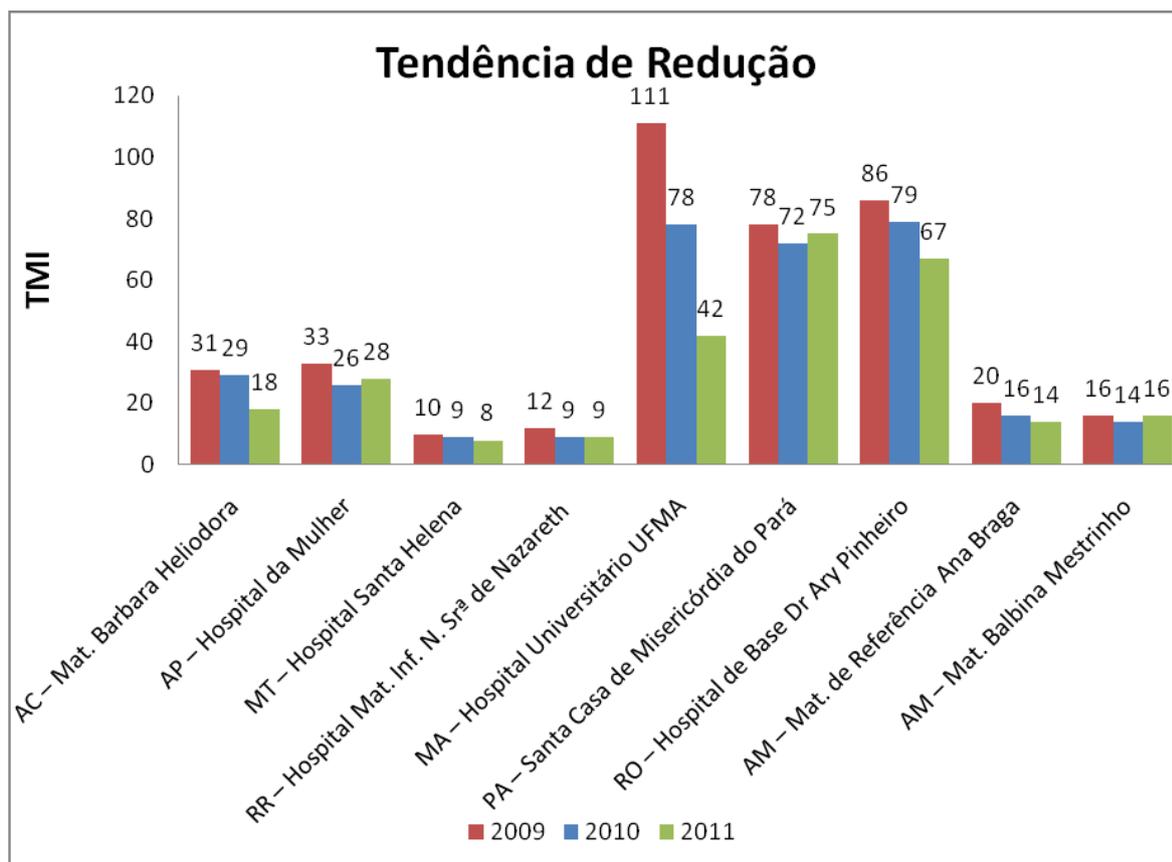
Duas maternidades apresentaram tendência de estabilização na TMI, tomando-se como referência o ano de 2009, conforme segue:

Rio Grande do Norte – Maternidade Escola Januário Cicco, TMI de 20,0 em 2009; 18,0 em 2010 e 19,0 em 2011;

Pernambuco – Hospital Dom Malan em 2009 apresentou TMI de 42,0; 40,0 em 2010 e 43,0 em 2011

9.1.2 Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) período 2009 a 2011 nas maternidades apoiadas pelo PQM na Amazônia Legal:

Tendência de Redução:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012

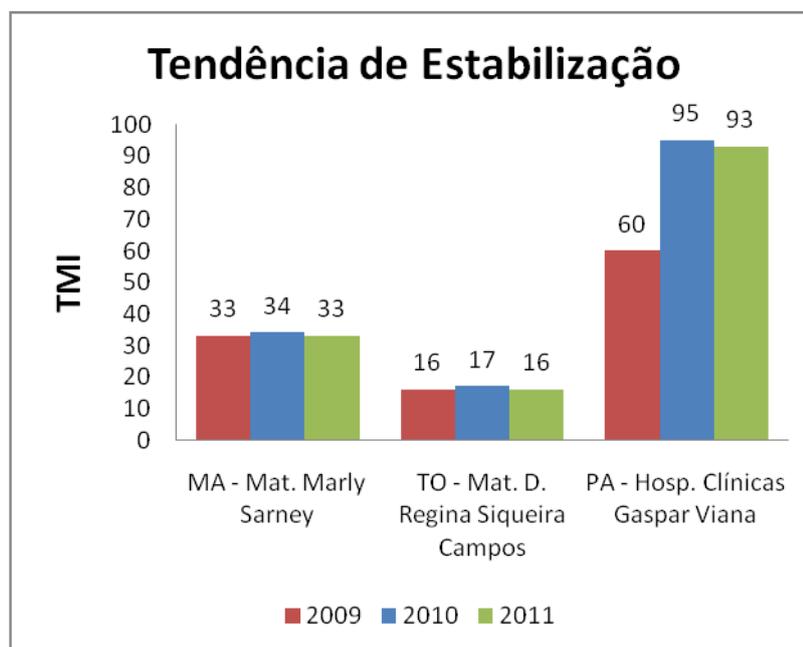
*2011, dados preliminares

Na região da Amazônia Legal, do total de 13 maternidades apoiadas pelo PQM 09 apresentaram tendência de redução na TMI, 03 mantiveram a mesma taxa comparando-se os anos de 2009 e 2011 e 01 apresentou tendência de aumento, conforme detalhado abaixo:

- **Acre** – Maternidade e Clínicas de Mulheres Barbara Heliodora apresentou TMI de 31,0 em 2009, 29,0 em 2010 e 18,0 em 2011;
- **Amapá** – Hospital da Mulher TMI de 33,0 em 2009, 26,0 em 2010 e 28,0 em 2011;

- **Mato Grosso** – Hospital Santa Helena apresentou TMI de 10,0 em 2009, 9,0 em 2010 e 8,0 em 2011;
- **Roraima** – Hospital Maternidade Infantil Nossa Senhora de Nazareth TMI de 12,0 em 2009 e de 9,0 em 2010 e 2011;
- **Maranhão** – Hospital Universitário HUUFMA apresentou TMI de 111,0 em 2009, 78,0 em 2010 e 42,0 em 2011;
- **Pará** – Santa Casa de Misericórdia do Pará TMI de 78,0 em 2009, 72,0 em 2010 e 75,0 em 2011;
- **Rondônia** – Hospital de Base Dr Ary Pinheiro apresentou TMI de 86,0 em 2009, 79,0 em 2010 e 67,0 em 2011.
- **Amazonas** – Maternidade de Referência Zona Leste Ana Braga TMI de 20,0 em 2009, 16,0 em 2010 e 14,0 em 2011;
- **Amazonas** – Maternidade Balbina Mestrinho, TMI de 16,0 em 2009 e 2011 e de 14,0 em 2010;

Tendência de estabilização:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

As maternidades abaixo apresentaram tendência de estabilização da TMI, comparando-se os anos de 2009 e 2011:

- **Maranhão** – Maternidade Marly Sarney apresentou TMI de 33,0 em 2009 e 2011 e de 34,0 em 2010;

- **Tocantins** – Maternidade Dona Regina Siqueira Campos com TMI de 16,0 em 2009, 17,0 em 2012 e 16,0 em 2011
- **Pará** – Hospital de Clínicas Gaspar Viana, TMI de 60,0 em 2009, 95,0 em 2010 e de 93,0 em 2011.

Tendência de aumento:

Uma maternidade apresentou aumento na TMI, comparando-se os anos de 2009 e 2011:

Maranhão²⁰ – Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, 2009 apresentou TMI de 18,0 em 2010 de 17,0 e em 2011 de 23,0.

De acordo com dados do Ministério da Saúde a mortalidade infantil está em declínio no Brasil mantendo tendência contínua de queda desde 1990. Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, baixa qualidade da atenção à mulher durante a gestação, no parto e também ao bebê. Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta de água tratada e esgoto educação²¹.

Os dados do Censo 2010 (IBGE) destacam que a mortalidade infantil no Brasil reduziu praticamente pela metade (47%) na última década. Em 2000, 29,7 a cada mil crianças nascidas vivas não completavam o primeiro ano de vida. Em 2010, o índice reduziu para 16,2/1.000²² (Brasil/MS/SVS, 2010; 2012)

A análise da TMI hospitalar possibilita a comparação entre as maternidades e aponta a performance assistencial, além de ser influenciada pelo perfil dos usuários e dos serviços. Maternidades de referência para alto risco, com unidade de tratamento intensivo neonatal, ou referência para medicina fetal (tratamento de malformações congênitas) tendem a receber pacientes mais graves, o que pode influenciar na TMI. As diferenças

²⁰ Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 - 2011, dados preliminares

²¹ Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32203

²² Fonte: <http://www.blog.saude.gov.br/brasil-reduz-taxa-de-mortalidade-infantil-em-47/>

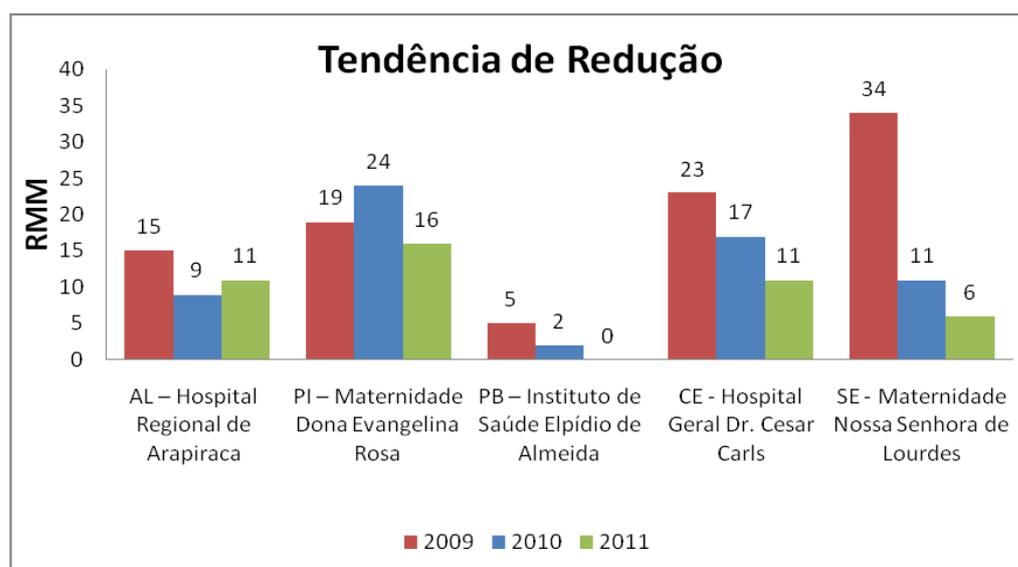
observadas entre as maternidades requerem estudos is aprofundados, porém já indicam a necessidade de avaliação da assistência e da situação de maternidades com índices elevados que requerem maior atenção.

9.2.3 Razão de Mortalidade Materna (RMM)²³ período 2009 a 2011 nas maternidades apoiadas pelo PQM no Nordeste

A análise da RMM hospitalar permite comparar o diferencial entre as maternidades e pode refletir a assistência, assim como o perfil da clientela e do serviço. Trata-se de referência de alto risco, por exemplo, com unidade de tratamento intensivo, os índices podem ser mais elevados devido à transferência de mulheres. Outro aspecto importante a se considerar na análise criteriosa da RMM, é que se trata de indicador construído com pequenos números no numerador, o que pode resultar em grandes variações anuais.

Com relação à Razão de Mortalidade Materna (RMM), do total de 13 maternidades apoiadas pelo PQM na região nordeste, 05 apresentaram tendência de redução neste índice, 05 maternidades apresentaram tendência de aumento e 03 de estabilização, tomando-se como base o ano de 2009, conforme detalhamento abaixo.

Tendência de Redução:



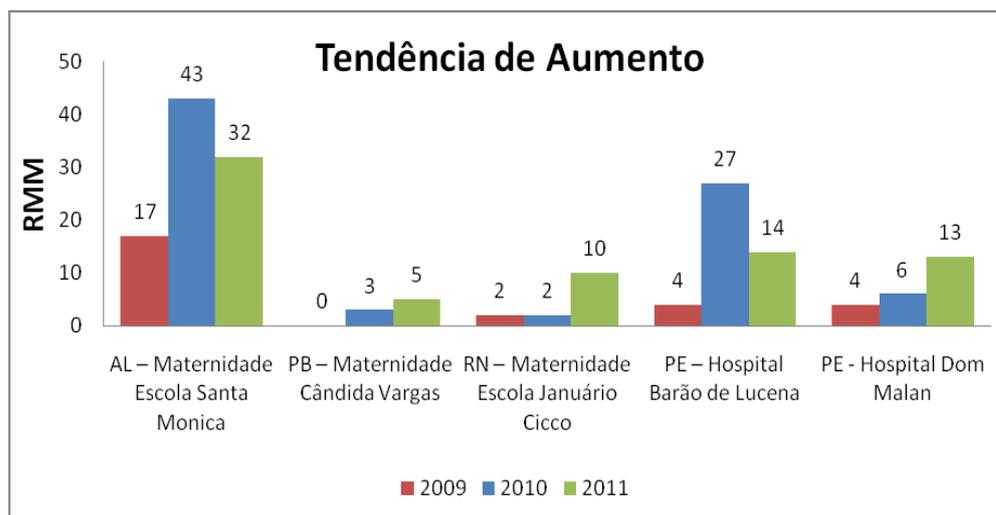
²³ Número de óbitos por causas ligadas a gestação, parto e puerpério/nascidos vivos X 100.000

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

05 Maternidades que apresentaram declínio na Razão de Mortalidade Materna, tomando-se como referência o ano de 2009:

- **Alagoas** – Hospital Regional de Arapiraca, com RMM de 15,0 em 2009, 9,0 em 2010 e 11,0 em 2011;
- **Piauí** – Maternidade Dona Evangelina Rosa apresentou RMM de 19,0 em 2009, 24,0 em 2010 e 16,0 em 2011;
- **Paraíba** – Instituto de Saúde Elpídio de Almeida RMM de 5,0 em 2009, 2,0 em 2010 e 0 em 2011;
- **Ceará** - Hospital Geral Dr Cesar Carls RMM de 23,0 em 2009, 17,0 em 2010 e 11,0 em 2011;
- **Sergipe** – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, apresentou RMM de 34,0 em 2009, 11,0 em 2010 e 6,0 em 2011.

Tendência de aumento:

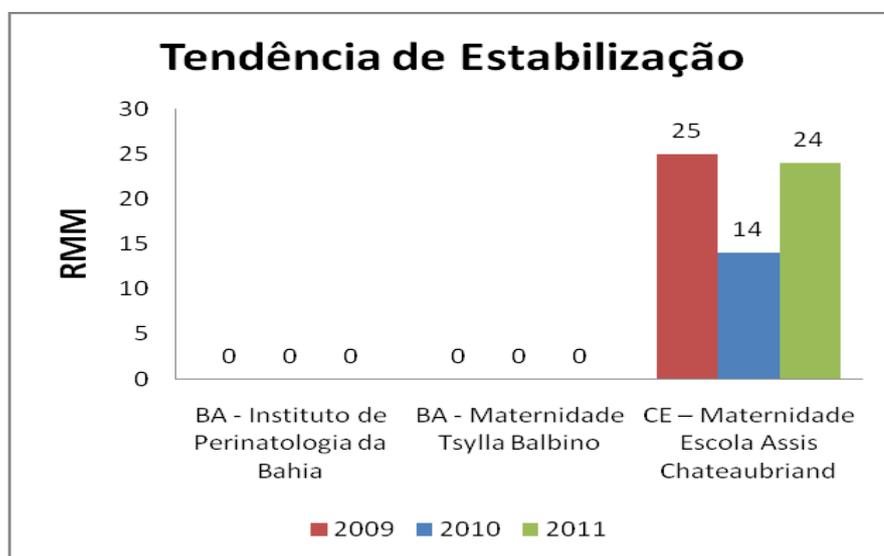


Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

05 Maternidades apresentaram aumento na RMM tomando-se como referência o ano de 2009, conforme descrito abaixo. Ressalve-se que a melhoria da informação sobre os óbitos pode influenciar com o aumento dos óbitos registrados nos serviços e, portanto, pode ter ocorrido apenas ajuste da RMM e não exatamente o aumento do índice.

- **Alagoas**²⁴ – Maternidade Escola Santa Monica, apresentou RMM de 17,0 em 2009, 43,0 em 2010 e 32,0 em 2011;
- **Paraíba** – Maternidade Cândida Vargas, RMM de 0 em 2009, 3,0 em 2010 e 5,0 em 2011;
- **Rio Grande do Norte** – Maternidade Escola Januário Cicco, apresentou RMM de 2,0 em 2009 e 2010 e 10,0 em 2011;
- **Pernambuco** – Hospital Barão de Lucena apresentou RMM de 4,0 em 2009, 27,0 em 2010 e 14,0 em 2011; Hospital Dom Malan RMM de 4,0 em 2009, 6,0 em 2010 e 13,0 em 2011.

Tendência de estabilização:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012

*2011, dados preliminares

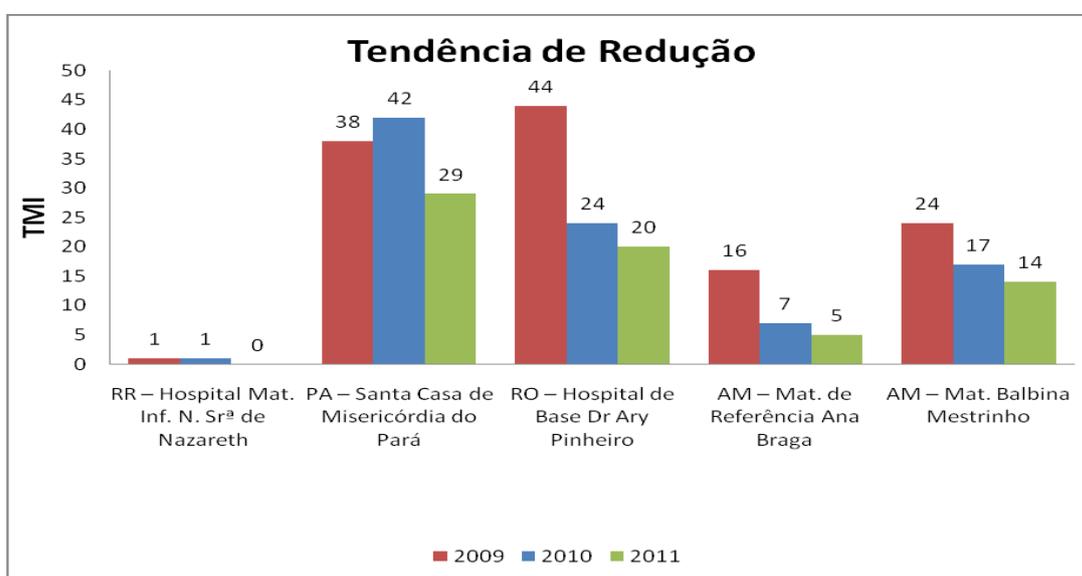
- **Bahia** - Instituto de Perinatologia da Bahia e Maternidade Tsylla Balbino, mantiveram a RMM em 0 nos anos de 2009, 2010 e 2011;
- **Ceará** – Maternidade Escola Assis Chateaubriand apresentou RMM de 25,0 em 2009, 14,0 em 2010 e 24,0 em 2011.

²⁴ Cabe destacar que, nos estados de AL, PB e RN, pode ter havido correção da informação e não exatamente aumento

9.2.4 Razão de Mortalidade Materna período 2009 a 2011 nas maternidades apoiadas pelo PQM nos estados da Amazônia Legal

Nos estados da Amazônia Legal, do total de 13 maternidades apoiadas pelo PQM, 05 apresentaram tendência de diminuição na Razão de Mortalidade Materna; 04 apresentaram tendência de aumento e 04 tendência de estabilização em comparação com o ano de 2009. Segue abaixo o detalhamento:

Tendência de Redução:

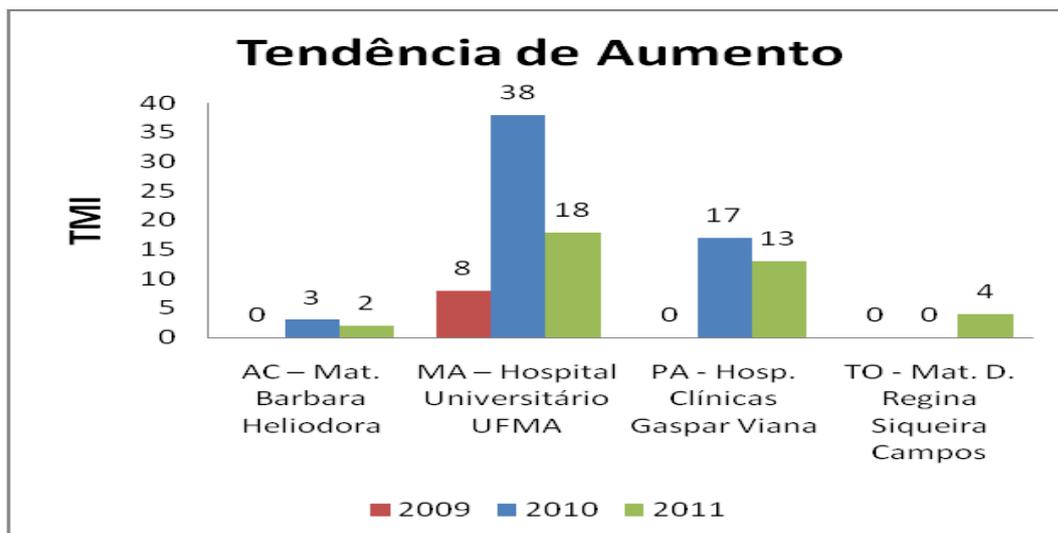


Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

05 Maternidades que apresentaram declínio na Razão de Mortalidade Materna, tomando-se como base o ano de 2009:

- **Amazonas** – Maternidade Balbina Mestrinho apresentou RMM de 24,0; 17,0 em 2010 e 14,0 em 2011; Maternidade de Referência Zona Leste Ana Braga RMM de 16,0 em 2009, 7,0 em 2010 e 5,0 em 2011;
- **Roraima** – Hospital Maternidade Infantil Nossa Senhora de Nazaré RMM de 1,0 em 2009 e 2010 e de 0 em 2011;
- **Pará** – Santa Casa de Misericórdia do Pará RMM de 38,0 em 2009, 42,0 em 2010 e 29,0 em 2011;
- **Rondônia** – Hospital de Base Dr Ary Pinheiro, em 2009 apresentou RMM de 44,0; em 2010 de 24,0 e, em 2011 de 20,0.

Tendência de aumento:

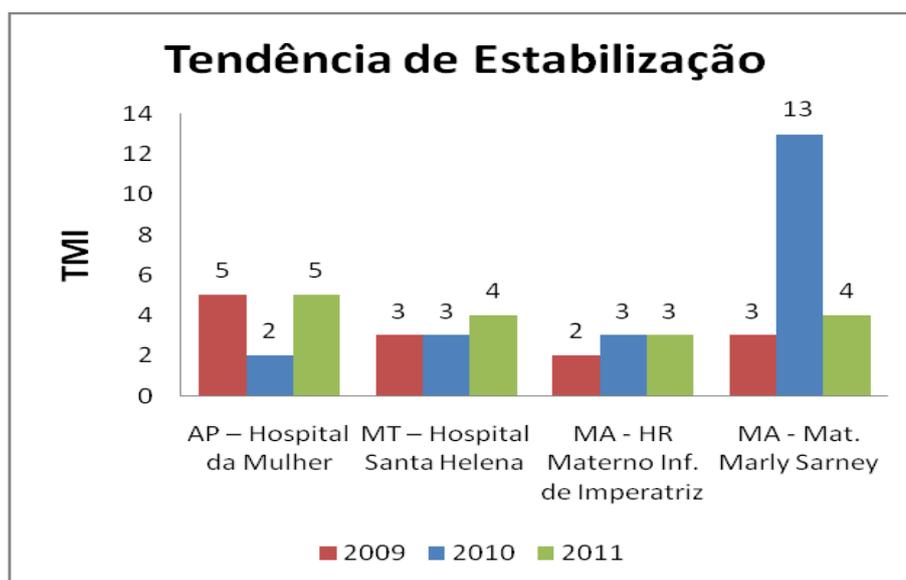


Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

04 Maternidades apresentaram tendência de aumento na RMM, tomando-se como base o ano de 2009, conforme descrito abaixo:

- **Acre** – Maternidade e Clínica de Mulheres Barbara Heliodora, RMM de 0 em 2009, 3,0 em 2010 e 2,0 em 2011;
- **Maranhão** - Hospital Universitário da UFMA RMM de 8,0 em 2009, 38,0 em 2010 e 18,0 em 2011;
- **Pará** – Hospital de Clínicas Gaspar Viana, RMM de 0 em 2009, 17,0 em 2010 e 13,0 em 2011;
- **Tocantins** – Hospital Dona Regina Siqueira Campos, RMM de 0 em 2009 e 2010 e 4,0 em 2011.

Tendência de estabilização:



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS - agosto, 2012 *2011, dados preliminares

04 Maternidades mantiveram tendência de estabilização, comparando-se com 2009:

- **Amapá** – Hospital da Mulher RMM de 5,0 em 2009, 2,0 em 2010 e 5,0 em 2011
- **Mato Grosso** – Hospital Santa Helena, apresentou RMM de 3,0 em 2009 e 2010 e 4,0 em 2011;
- **Maranhão** – Maternidade Marly Sarney RMM de 3,0 em 2009, 13,0 em 2010 e 4,0 em 2011; Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, apresentou RMM de 2,0 em 2009; 3,0 em 2010 e 2011;

Informações sobre os óbitos infantis e maternos nas 26 maternidades apoiadas pelo PQM tendem a indicar que houve mudanças produzidas na atenção e gestão nas maternidades prioritárias e na organização do cuidado em Redes Perinatais, possivelmente com impacto na finalidade última do PQM, qual seja a de reduzir mortalidade materna e infantil. Entretanto, esta diminuição pode não ser relacionada estritamente ao PQM, visto que provavelmente outras variáveis atuaram sobre esses resultados, incluindo aquelas mais distais, como aumento de renda e melhorias nas condições gerais de vida da população. Esse contexto aponta para a importância da

realização de pesquisas no sentido de compreender, de maneira mais aprofundada, as principais variáveis envolvidas e todos os aspectos que podem estar relacionados à diminuição nas taxas de mortalidade materna e infantil, no sentido de fortalecer e estimular aqueles mais fortemente associados a esta redução.

O PQM construiu um modo de trabalho para qualificação de maternidades, o que gerou bons resultados e por isso passa a ser adotado como modo de trabalho na Rede Cegonha.

10. Perspectivas

O acompanhamento avaliativo foi fundamental para a organização, a formação e a análise coletiva do processo de trabalho no PQM. Na Rede Cegonha se mantém a aposta na lógica do PM&A. Para tanto, na medida em que há 26 maternidades envolvidas (agora se trabalhará com 27 estados) faz-se crucial que apoiadoras (es) de maternidades, apoiadoras(es) temáticos e equipes do MS se apropriem e se corresponsabilizem por esse processo. Além disso, ressalte-se que se está em fase de articulação dos instrumentos utilizados e a proposta de M&A utilizada no PQM, com o PM&A da Rede Cegonha.

Faz-se necessário avançar na qualificação da atenção obstétrica, com oferta de apoio específico, por meio de ações de formação in loco (fazer junto). Nesse processo, propõe-se intensificar investimentos nas maternidades que potencialmente podem funcionar como centros colaboradores de referência na Amazônia Legal e Nordeste.

Projeta-se como fundamental a necessidade de criar estratégias para a inclusão dos Hospitais Universitários do país e das faculdades da área da saúde na Rede Cegonha. Também avaliar a possibilidade de Termos de Ajuste para implantação das práticas baseadas em evidências científicas em obstetrícia e neonatologia para assegurar formação adequada dos profissionais.

Com os Fóruns e os Grupos Condutores Estaduais de Redes, aponta-se a possibilidade de se ter subsídio técnico e político de planejamento para o estabelecimento de redes perinatais regionalizadas e hierarquizadas nos territórios, a partir das necessidades da população, promovendo acesso, integralidade, resolutividade do cuidado e equidade.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ª ed., 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL, **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009 – 2010**. Brasília: Série ODM Saúde Brasil, V. III, 2010

BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ (Dissertação de mestrado em Saúde Pública - ENSP), 2003

BRÜGGEMANN, O.M. PARPINELLI, M.A.; OSIS, MJD. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: revisão da literatura**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol. 21, n.5, 1316-1327. 2005

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4): 863-870, out-dez, 1998

DINIZ, S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10, n. 3: 627-37, 2005

DINIZ, S.G. **Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal**. Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano. 19(2): 313-326, 2009

FRANÇA & LANSKY. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. In: Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências/Rede Interagencial de Informações para Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009

HECKERT, A. L. C & NEVES, C. A. B. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo**. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação de Intervenção (Cadernos HumanizaSUS, v. 1), 13-28, 2010

LANSKY, S. **Gestão da Qualidade e da Integralidade do Cuidado em Saúde para a Gestante e a Criança no SUS** – BH: a experiência da Comissão Perinatal. Revista Saúde em Debate. Vol. 36: 10-17, 2006

LEÃO, M. **Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte... a dor até diminui: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por "doulas"**. UFMG (Dissertação de Mestrado), Belo Horizonte, 2000

OLIVEIRA, G. N. de. **Apoio Institucional. Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização**. Texto referente ao 4º produto PNUD/2011

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra; 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Care in normal birth: a practical guide**. Genebra: 1996

PASCHE, D. F. **Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos**. In: Revista Médica de Minas Gerais; 19 (4 Supl 2). Belo Horizonte. Faculdade de Medicina/UFMG, 2009

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde** – aposta da Política de Humanização da Saúde. In: Saúde e Debate. Rio de Janeiro Vol. 34 n. 86 jul./set., 2010 (a)

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical**. In: Saúde e Debate. Rio de Janeiro Vol. 34 n.86 jul./set. 2010 (b)

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **Apresentação, Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização**. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação de Intervenção (cadernos HumanizaSUS, v. 1), 5-12, 2010(c)

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E.; MARTINS, C. P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Rev Tempus Actas Saúde Col, Vol 4, nº 4. Brasília: 2010

RATES S.M.M. & CAMPOS G.W.S. **Segredos e impasses na gestão de um hospital público**. In: ARAÚJO GF; RATES SMM. Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**. Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Vol. 13, supl. I, 759 – 68, 2009

ROSENBLATT, R. A. **The perinatal paradox: doing more and accomplishing less**. Health Aff (Millwood). 1989; 8: 158-68

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. de B. & GOMES, R. da S. **A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em**

saúde. Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Vol. 13, supl. I, 603 – 14, 2009

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2009

SANTOS FILHO, S. B. **Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos.** Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

VASCONCELOS, M. de F. F. de & MORSCHEL, A. **O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva.** Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Vol. 13, supl. I, 729 – 38, 2009

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história.** Tradução: Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: Universidade de Brasília, 1982/2008

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Avaliação de Implantação das Boas Práticas na Atenção à Mulher e ao Recém-Nascido no Parto

Categoria Profissional:

Enfermeira(o) () Enfermeira(o) obstetra () Obstetriz () Médico(a) obstetra ()
Médico(a) Pediatra/Neonatologista () Médico(a) Anestesiologista () Técnico(a) ou
auxiliar de enfermagem ()

Local de Trabalho:

Por favor, responda às questões a seguir de acordo com a sua percepção da realização das práticas na sua instituição:

- A) Sempre realizada (mais de 90% das vezes)
- B) Frequentemente realizada (60-90% das vezes)
- C) Realizada às vezes (20-60% das vezes)
- D) Raramente realizada (menos de 20% das vezes)
- E) Nunca realizada (próximo de 0%)
- F) Não sei responder

1 – Acolhimento com Classificação de Risco na recepção da maternidade:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

2 – Atuação da(o) enfermeira(o) obstetra na assistência ao trabalho de parto sem distócia, parto e puerpério:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

3 – Liberdade para a mulher ingerir alimentos leves e líquidos durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

4 – Realização de tricotomia de pelos pubianos de rotina:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

5 – Realização de enema de rotina durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

6 – Realiza o trabalho de parto, o período expulsivo do parto e o pos parto imediato (na primeira hora) na mesma sala (sala PPP):

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

7- Utilização de partograma para todas as mulheres em trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

8 – Liberdade e incentivo para que a mulher se movimente livremente durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

9 – Garante a presença de acompanhantes de livre escolha da mulher para apoiá-la durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

10 – Utiliza métodos não farmacológicos para alívio da dor as parturientes. circule os métodos utilizados: massagem, banho de chuveiro/banheira, banquinho, cavalo, bola, escala de ling, deambulação, aromaterapia, musicoterapia e outros _____

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

11 – Realiza analgesia farmacologica para alívio da dor durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

12 – Deambulação preservada após a analgesia farmacológica durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

13 – Uso de ocitocina para condução do trabalho de parto normal:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

14 – Período expulsivo em posição verticalizada:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

15 – Estímulo a puxos dirigidos e prolongados durante o período expulsivo do parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

16 – Compressão uterina (manobra de Kristeller) durante o período expulsivo do parto

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

17 – Episiotomia:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

18 – Exploração manual intrauterina após a expulsão da placenta:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

19 – Realiza clampeamento do cordão após cessar a pulsação:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

20 – Realiza na sala de parto as seguintes práticas:

1) Contato pele a pele entre a mãe/RN, imediatamente após o nascimento (por pelo menos uma hora) e antes dos procedimentos de rotina com o RN;

A) B) C) D) E) F)

2) Nitrato de prata SOMENTE após a primeira hora de vida

A) B) C) D) E) F)

3) Kanakion SOMENTE após a primeira hora de vida

A) B) C) D) E) F)

4) Medidas antropométricas SOMENTE após a primeira hora de vida

A) B) C) D) E) F)

5) Banho do RN SOMENTE após 06 horas de vida

A) B) C) D) E) F)

6) Aspiração de vias aéreas do RN com sonda/aspirador:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

7) Aspiração do conteúdo gástrico do RN

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

21 – Estimula a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

22 – Mantém mãe e RN saudáveis sempre juntos em alojamento conjunto, durante a permanência hospitalar:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

23 – Realiza no Alojamento Conjunto as seguintes práticas:

1) Oferece soluções glicosadas ao recém-nascido:

A) B) C) D) E) F)

2) Oferece formulas lácteas ao RN:

A) B) C) D) E) F)

3) Oferece mamadeira:

A) B) C) D) E) F)

4) Permite o uso de chupeta pelo RN:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas A e B explicar motivos:

24 - Realiza atividades de apoio ao Aleitamento materno no Alojamento Conjunto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

25 - Disponibiliza resultados do teste rápido de HIV, quando indicado, antes do parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

26 - Assistência do RN no momento do nascimento por profissional capacitado:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

27 - Acompanhamento da mulher pela Doula Comunitária durante o trabalho de parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

28 - Presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

29 - Presença de acompanhante de livre escolha da mulher no Alojamento Conjunto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

30 - Aleitamento materno exclusivo no Alojamento Conjunto:

A) B) C) D) E) F)

Para as respostas C, D e E explicar motivos e dificuldades:

ANEXO II**ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO****Curso de Boas Práticas**

O PLANO DE TRABALHO deve ser elaborado pelos participantes da capacitação em conjunto com outros profissionais do setor e coordenações visando a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal nas maternidades de referência, incluindo análise de viabilidade das propostas de mudança.

Identificação:

Maternidade de referência:

Apoiador da PNH:

Profissionais:

Introdução / Justificativa:

Inclui breve descrição da situação atual, incluindo fatores facilitadores e dificultadores para a implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Objetivos do plano:

Plano de atividades - Responder aos seguintes itens:

✓ Ações / Atividades propostas

✓ Recursos Necessários: humanos e materiais

✓ Cronograma de implantação

✓ Indicadores de avaliação

✓ Responsáveis

Preencher a planilha:

Ações / Atividades	Recursos Necessários	Cronograma de implantação	Indicadores de Avaliação	Responsáveis

ANEXO III
INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO
PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS MATERNIDADES DO NORDESTE E
AMAZÔNIA LEGAL

NOTAS METODOLÓGICAS PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO NO CONTEXTO DO APOIO INSTITUCIONAL E ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO

- O conjunto total de indicadores inicialmente selecionados deve ser visto como uma estratégia para “induzir” análise não somente da situação atual quanto ao desempenho da Maternidade, mas para reflexão sobre as próprias dificuldades de disponibilidade de dados e sua apropriação coletiva.
- Como se trata de informações que têm relevância primeiramente para o próprio serviço (para sua gestão cotidiana), este instrumento é proposto para ser discutido em observações locais e rodas de conversa com as equipes, buscando-se o levantamento dos dados a partir da própria vivência dos trabalhadores(as)/gestores(as) . Ressalta-se, então, que nestes primeiros momentos, a idéia não é se prender a “fontes informatizadas de informação” (sabidamente frágeis e muitas vezes burocratizantes), mas sim como uma iniciativa de exploração de dados a partir do próprio movimento local (o apoiador incorporando essa estratégia de investigação junto com as equipes, podendo inclusive recorrer aos sistemas de informação existentes, mas não tomando sua fragilidade atual como inviabilizadora do movimento investigativo-interventivo).
- Na estruturação do instrumento, atentar para os tipos de informações e suas finalidades específicas. Os blocos iniciais tratam de informações que servem para “vigilância” com base em eventos considerados relevantes e por isso devendo ser objeto de acompanhamento mais regular. Os demais blocos abordam aspectos indicativos da capacidade de implantação de processos para qualificação da atenção/gestão. A ordem de entrada dos blocos de indicadores foi elaborada pensando-se na seguinte lógica analítica: permitem ir checando (i) as situações atuais da atenção e da morbimortalidade (resultados finalísticos), (ii) o estágio ou grau de utilização de procedimentos considerados adequados e de boas práticas; (iii) a amplitude da capacidade instalada e de serviços oferecidos e (iv) o

grau de implantação dos dispositivos de humanização. Esta articulação permite sinalizar em que medida a estrutura, processos e efeitos estão interrelacionados ou “interrelacionando-se” no caminho.

- Alguns valores de referência foram inseridos junto aos indicadores, servindo para fomentar discussões comparativas. Mas como não existem parâmetros para a maioria dos indicadores, o mais importante é que eles passem a ser monitorados na própria instituição, tomando-os como linhas de base e indo em busca de melhorias.

EIXOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1. MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA COM BASE EM ALGUNS EVENTOS NA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA
2. MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA COM BASE EM ALGUNS PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS E EM INDICATIVOS DE “BOAS PRÁTICAS”
3. MONITORAMENTO COM BASE NA AMPLITUDE DE SERVIÇOS OFERECIDOS E ROTINAS DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
4. MONITORAMENTO COM BASE NA ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA PARA COBERTURA DOS PLANTÕES
5. MONITORAMENTO COM BASE EM METAS DE AÇÕES/DISPOSITIVOS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO, SEGUINDO-SE AS DIRETRIZES DE HUMANIZAÇÃO E BOAS PRÁTICAS
6. MONITORAMENTO COM BASE NA AGENDA DE REUNIÕES/ENCONTROS/OFICINAS E OUTRAS ATIVIDADES COMPREENDIDAS NA FUNÇÃO APOIO NOS PLANOS LOCAIS DE AÇÃO
7. MONITORAMENTO COM BASE EM INDICADORES USUAIS DE DESEMPENHO HOSPITALAR
8. MONITORAMENTO DE INVESTIMENTOS E EXECUÇÃO DE NOVOS RECURSOS FINANCEIROS OU INCENTIVOS

I) MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA COM BASE EM ALGUNS EVENTOS NA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

- Informações que podem ser utilizadas com analisadores das condições de saúde, das condições de assistência e apontando para a discussão coletiva do modelo de atenção.

Informação/ Indicador	Último ano antes do PQM	2010	Ocorrência mensal em 2011 (meses 1 a 12)												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Partos															
Nascidos vivos															
Prematuros															
Baixo peso															
Sífilis congênita															
Internações em UTI por causas maternas ⁽²⁵⁾															
Índice de infecção hospitalar na obstetrícia e neonatologia ⁽²⁶⁾															
Mortes de RN ⁽²⁷⁾															
O óbito do RN foi investigado? -na Maternidade -no Município															

²⁵ Internação em UTI por causas maternas acima de 2% merece uma avaliação mais detalhada dos motivos

²⁶ De uma maneira geral as infecções hospitalares maternas são menos de 3%. As neonatais não possuem uma referência padrão, devendo-se ficar alerta para os surtos de acordo com a incidência local

²⁷ Não existe uma referência padrão. É importante a comparação entre instituições de perfis semelhantes

-no Estado															
Mortes maternas ⁽²⁸⁾															
O óbito materno foi investigado? -na Maternidade -no Município -no Estado															
A gestante que morreu estava sendo acompanhada pelo CS?															
Internações por abortamento															
Atendimento a mulheres em situação de violência															
Casos de recusa de atendimento de gestantes que procuraram a Maternidade															
Casos de urgência em gineco-obstetrícia não acolhidos															

marcado pela maternidade ⁽⁴³⁾														
% mulheres e RN de risco com agendamento pós alta para seguimento na rede básica, marcado pela maternidade ⁽⁴⁴⁾														
Grau de satisfação das mulheres e acompanhantes com a experiência do parto e atendimento recebido (incluir anexos com resumo das informações sobre percentuais de satisfação/insatisfação) (⁴⁵)														

⁴³ Idem ao anterior

⁴⁴ Idem ao anterior

⁴⁵ Idem ao anterior

III) MONITORAMENTO COM BASE NA AMPLITUDE DE SERVIÇOS OFERECIDOS E ROTINAS DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Informações que podem ser utilizadas como analisadores da amplitude e condições de oferta de serviços, e procedimentos de rotina, apontando para a discussão coletiva dos investimentos que possam facilitar o acesso aos serviços e a implantação de boas práticas.

Informação/Indicador	Não	Sim
Dispõe de espaço PP (pré-parto e parto)		
Dispõe de espaço PPP		
Existe privacidade no PP (Box, Cortinas, biombos e etc.)		
Existe privacidade no PPP (Box, Cortinas, biombos e etc.)		
Dispõe de espaço e cadeira para o acompanhante no PP		
Dispõe de espaço e cadeira para o acompanhante no PPP		
Possui banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente		
Possui sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes		
Existem outras áreas para gestantes e crianças – Jardim, Parque infantil e etc.		
Possui leitos para gestantes de alto risco ou enfermarias para gestantes de alto risco (separados dos leitos obstétricos – pós-parto)		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Possui local adequado e diferente das demais para internação da mulher em caso de perda fetal		
Nº de sala para parto normal (em serviços que ainda não estejam de acordo com a RDC 36/2008)		
As salas para parto normal estão dentro de um centro obstétrico		
As salas para parto normal possibilitam a presença do acompanhante		
Nº de salas para parto cirúrgico		

Possui UTI adulto		
Número		
Possui "berçário de normais"		
Possui UTI neonatal		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos		
Possui UCI (Unidade intermediária) Neonatal		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos		
Possui UTI pediátrica		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos		
Possui unidade Mãe Canguru		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Segue rotinas previstas no Protocolo/Manual Técnico do Método Canguru/MS		
Alojamento Conjunto		
Em caso afirmativo qual o nº de leitos		
Possui banco de Leite Humano		
Possui ambulatório de seguimento para o recém-nascido de alto risco		
Dispõe de Unidade Transfusional (banco de sangue) na Maternidade		
Caso não possui banco de sangue, conta com uma referência acessível		
Dispõe de laboratório de análise clínica na instituição		
Caso não possua, conta com uma referência acessível?		
O conforto médico obstétrico é próximo do Pré-Parto/Parto		
O conforto médico neonatologia é próximo do CTI		
Quando não há vagas na Maternidade, oferece transporte para a gestante		
Rotinas escritas de toda a assistência ao parto		
Reuniões clínicas periódicas (com registros)		

Informativo sobre "plano de parto" com opções de escolha da mulher acerca de procedimentos que podem ser indicados por ela (ver modelo)		
Rotina de justificativa por escrito no prontuário sobre a indicação da cesariana		
Rotina de notificação dos casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves ao serviço de controle de infecções		
Rotina de notificação dos óbitos maternos, infantil e fetal em prazo definido		
Rotina de investigação epidemiológica e adoção de medidas de controle dos eventos adversos		
Escala de profissionais em local visível e com identificação das equipes de plantão		
Comunicação com a Atenção Básica de Saúde sobre a alta hospitalar da puérpera, gestante e crianças < 1 ano, para vigilância em saúde		
Registro civil (na maternidade ou através de transporte dos pais ao cartório)		
Instrumento de avaliação da satisfação do usuário		
Divulgação pública dos indicadores do serviço		
Centro de Parto Normal		

IV) MONITORAMENTO COM BASE NA ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA PARA COBERTURA DOS PLANTÕES

- Informações que podem ser utilizadas como analisadores da capacidade de organização da equipe e sua integração para garantia de cobertura adequada dos plantões.

Especialidade	Manhã	Tarde	Noite	Horizontal
Médico(a) obstetra				
Enfermeiro(a) na maternidade				
Enfermeiro(a) da neonatologia				
Enfermeiro(a) UTI neonatal				
Enfermeiro(a) UCP				
Enfermeiro(a) Obstetra				
Médico pediatra com treinamento em assistência a RN de risco (especificar quais âmbitos de capacitação)				
Anestesista exclusivo para a Maternidade				
Técnico de enfermagem				
Auxiliar de enfermagem				

V) MONITORAMENTO COM BASE EM METAS DE AÇÕES/DISPOSITIVOS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO, SEGUINDO-SE AS DIRETRIZES DE HUMANIZAÇÃO E BOAS PRÁTICAS

- Informações que podem ser utilizadas para analisar a capacidade de implantação de ações/dispositivos que ajudem a qualificar o cuidado, incorporar “boas práticas” e redirecionar rumos para impactar nos indicadores das condições de atenção e saúde (destacados nos quadros anteriores).

Diretriz: Cogestão

- Ano 2011 – Ações de articulação e fortalecimento da gestão compartilhada nas maternidades e em rede

Informação/Indicador	Situação atual			
	Não	Sim	Processo inicial ou pouco ativo	Processo avançado
Reorganização da estrutura de gestão da Maternidade, com formação de “unidades de produção”				
Colegiado Gestor da Maternidade				
Conselho de Gestão da Maternidade (ou equivalente de Controle Social)				
Comitês ou grupos estratégicos locais para condução dos processos				
Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento (vigilância ao óbito e outros)				
Contrato interno de gestão				
Comitês ou grupos estratégicos, agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação e outros				
Participa de Fórum Perinatal intersetorial				
Documentos de compromissos e pactuações institucionais acerca dos				

fluxos (termos de compromissos, contratos e similares)				
Conselho local de saúde				
Ouvidoria				

Diretriz: Acolhimento em rede, classificação de risco e outras estratégias de reorganização do processo de trabalho e modelo de atenção

- Ano 2011 – Ações em âmbito interno das maternidades e em rede para viabilizar e/ou aprimorar o ACR

Informação/Indicador	Situação atual			
	Não	Sim	Processo inicial ou pouco ativo	Processo avançado
Construção/validação de protocolos e manuais de ACR				
Projeto de ACR implementado				
ACR na porta de entrada da Maternidade em obstetrícia				
ACR na porta de entrada da Maternidade em neonatologia				
"Vaga sempre" para gestantes, puérperas e RNs				
Acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto ou com intercorrências				

Acolhimento a toda urgência e emergência gineco-obstétrica de acordo com a classificação de risco				
Horizontalização do cuidado (implantação de escalas horizontais)				
Equipe vertical (plantão) de cuidado com médico e enfermeira obstetra no CO (e				

horizontal no cuidado obstétrico nas enfermarias)				
Equipe Horizontal de cuidado com médico neonatologista e enfermeira na UTI/UCI neonatal				
Direito à permanência da mãe durante todo o período de internação do RN de risco (UTI, UCI)				
Mapa de vinculação da maternidade em rede				
Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência				
Proposta elaborada para adequação de ambiência, com definição de prazo para início de execução				
Adequação de ambiência:				
• Espaço que favorece o acolhimento				
• Sala de espera suficiente para as mulheres e seus acompanhantes				
• Sala de Classificação de Risco próxima à entrada				
• Boas condições de conforto térmico, acústico, lumínico				
• Sistema de sinalização e comunicação visual claro e de fácil compreensão				
• Atende a norma de acessibilidade – NBR9050				

Diretriz: Direito ao acompanhante e ambiência

- Ano 2011 – Ações para viabilizar e/ou aprimorar a inserção do acompanhante em todos os setores/momentos considerados nas “boas práticas”

Informação/Indicador	Situação atual			
	Não	Sim	Processo inicial ou pouco ativo	Processo avançado
Proposta/plano de ação para implantação do acompanhante na internação				
Direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos (no pré-parto, parto e pós-parto)				
Presença da mãe acompanhante nos espaços de UTI e UCI neonatal				
Visita aberta				
Proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.				

Diretriz: Valorização do trabalho e trabalhadores(as)

- Ações que propiciem maior participação e valorização dos trabalhadores(as) no processo e gestão do trabalho, incluindo o investimento na qualificação profissional para fortalecimento das equipes para boas práticas

Informação/Indicador	Situação atual			
	Não	Sim	Processo inicial ou pouco ativo	Processo avançado
Inserção e vinculação ao trabalho				

Equipe dimensionada de acordo com a proposta assistencial e o perfil de demanda				
Estratégia de garantia de cobertura para férias, licenças, folgas dos profissionais da unidade				
Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização				
% de trabalhadores(as) com contrato precário de trabalho				
Participação dos trabalhadores(as) na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional				
Normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e pactuadas, e de fácil acesso a toda equipe				
Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores(as) e gestores(as)				
Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores(as), com sistema de divulgação dos resultados/avaliações				
Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metras				

Condições de trabalho e medidas de promoção de ambientes saudáveis de trabalho				
Infra-estrutura e ambiência adequadas às normas da ANVISA, NBR9050 (acessibilidade)				
Programas implementados de prevenção				

de riscos e melhorias na saúde/segurança no trabalho				
Áreas implementadas para "convívio", descanso (multiprofissional) e lanche da equipe de trabalho				
Vestiário com banheiro para funcionários				
Disponibilidade de material/instrumental para procedimentos em quantidade suficiente à demanda				
Equipamentos em quantidade suficiente para realização dos procedimentos a que se propõe o serviço				
Programa de treinamento do serviço de limpeza				
Média de horas-extras realizadas pelos trabalhadores(as)				
Casos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, afastamentos e licenças (estatísticas)				
Formação/Educação permanente				
Plano de Educação Permanente para os trabalhadores(as)				
Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH				
Estratégias sistemáticas de supervisão/apoio para as equipes				
Reuniões clínicas semanais				
Trabalhadores(as) novos no serviço participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória				
Recebe estagiários da rede de serviços para atividades de atualização				
Estratégias de incentivo a práticas de				

investigação/pesquisa em serviço				
Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente				
% de trabalhadores(as) que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (em período determinado)				
Cursos específicos:				
<ul style="list-style-type: none"> Profissionais com atualização em urgência obstétrica (2 em 2 anos) e neonatal (de 5 em 5 anos) 				
Curso em parceria com o HSF <ul style="list-style-type: none"> No. de participantes = Participação ativa de atores-chave (não/sim) Envolvimento da gestão: (não/sim) 				
Outros				

VII) MONITORAMENTO COM BASE EM INDICADORES USUAIS DE DESEMPENHO HOSPITALAR

Informação/Indicador	Resultado (em período determinado)
Média de permanência - parto normal (dias)	
Média de permanência - parto cesáreo (dias)	
Taxa de ocupação instalada - maternidade (%)	
Média de permanência UCN (dias)	
Média de permanência UTI neonatal (dias)	
Taxa de ocupação instalada UCN (%)	
Taxa de ocupação instalada UTI neonatal (%)	
Custo da diária de CTI neonatal e UCN (média em R\$)	

VIII) MONITORAMENTO DE INVESTIMENTOS E EXECUÇÃO DE NOVOS RECURSOS FINANCEIROS OU INCENTIVOS

Previsão de recursos financeiros para investimentos (procedentes da Rede Cegonha)

Alocação	Valor previsto/repassado	Valor executado	Situação da obra

Outros recursos

Alocação	Valor previsto/repassado	Valor executado	Situação da obra

ANEXO IV - Da composição, funcionamento e produtos dos fóruns nos estados⁴⁶

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
AC	Em pleno funcionamento. Teve início em 2011.	Composto por áreas de atenção e gestão de diversos setores, entre os quais: <ul style="list-style-type: none"> • SMS de Rio Branco • SES • Hospitais e Maternidades • Secretaria Estadual de Política para Mulheres • Secretaria Adjunta de Humanização do Estado do Acre • Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de diálogo e poder de decisão que antes se restringia apenas a gestores(as) e gerentes; • Articulação entre unidades de atenção primária e unidades hospitalares; • Construção de mapa inicial da rede perinatal • Publicação de Protocolo de Pré-Natal de alto Risco de acordo com a realidade regional; • Sistematização do fluxo de exames de rotina de pré-natal; • Oferta de visita às gestantes e acompanhantes na maternidade Bárbara Heliodora durante o pré-natal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca participação e adesão da Diretoria de Regulação Estadual de Saúde ao PQM, dificultando muitas das demandas que aparecem no Fórum. • As pautas presentes com maior frequência no Fórum de Rio Branco giravam em torno da necessidade de vinculação e da qualificação dos profissionais no acolhimento de mulheres, mesmo que ainda que vários investimentos em

⁴⁶ Outras informações, vide Figueiredo, 2011.

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
AC		<ul style="list-style-type: none"> • Universidade Federal do Acre – UFAC • Movimentos e Representações Sociais • Ministério Público Estadual • Conselho Regional de Medicina – CRM <p>A coordenação foi composta por uma comissão intersetorial, com representação da SES e SMS de Rio Branco, tendo como grupo de mobilização e organização, representantes da Área</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maior compreensão sobre a vinculação das gestantes desde o pré-natal até a maternidade de referência; • Experimentação de discussão e planejamento para a celebração de contratos internos de gestão na Maternidade Bárbara Heliodora e Unidades de Atenção Básica e equipes de saúde da família de Rio Branco. • Em Cruzeiro do Sul (município priorizado na conformação da rede perinatal do estado) este movimento de ativação de espaços coletivos vem acontecendo, entendendo a questão da distância geográfica para acompanhamento e apoio local, mas com resultados importantes, como a 	<p>formação estejam sendo ofertados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A rede on-line conta atualmente com mais de 450 e-mails cadastrados, entre instituições de assistência, universidades e outros serviços, todos acompanhando regularmente o andamento dos encontros do Fórum perinatal, as mudanças e necessidades da rede perinatal na implantação do PQM.

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Técnica da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente de Rio Branco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>articulação da rede intermunicipal com a participação dos secretários de saúde da região, quando decisões e encaminhamentos para garantia de acesso das gestantes e recém-nascidos já acontecem para qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.</p>	
AP	Fórum Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de secretários dos municípios; • Conselhos (enfermagem, medicina, saúde, residência médica e de enfermagem) • Área Técnica de Saúde da Criança e da Mulher • Vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um protocolo de vinculação para referenciar a mulher grávida no momento do parto, para evitar a peregrinação • Promoveu o empoderamento dos profissionais da maternidade de referência, que passaram a ter rotina de reuniões para discussão de seus problemas e composição de várias comissões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento difícil dos representantes dos municípios para a reunião, pois nem sempre tem transportes e diárias • Difícil acesso nas estradas no período do inverno • Falta de responsabilização das equipes com as demandas que saem do Fórum

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<ul style="list-style-type: none"> • SAMU • Defensoria Pública • Regulação • Educação permanente • Unidades Básicas • Acadêmicos • Equipes da Maternidade Mãe Luzia e do Hospital São Camilo 		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de integração das equipes, determinadas pactuações dependem do plantão para serem executadas • Troca constante de secretário da saúde • As ações do apoio institucional trouxeram para a maternidade e a rede o fortalecimento das ações em parceria com a atenção básica do estado e município fazendo parte integrante de todas as discussões da rede materno e infantil, inclusive do Fórum.
AL	As articulações	Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> • Tem-se como produto Fórum 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi pactuada pelo

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	fomentadas pela apoiadora e supervisor do PQM no âmbito externo da rede aproximaram as áreas técnicas da SES e SMS de Maceió com reuniões conjuntas, ações unificadas no caminho para a organização da rede. O PQM foi inserido como estratégia no Plano Estadual de Redução da		Estadual de Atenção Humanizada Perinatal com a participação dos 14 municípios prioritários e de todas as maternidades da 1ª e 7ª regional, de onde emergiu o comprometimento estadual com constituição do Fórum permanente (intergestores(as) locais) para deliberar e operar propostas de integração da Rede Perinatal; a reativação do Comitê de Mortalidade com agenda mensal, e o maior feito, a desapropriação do terreno localizado ao lado da maternidade, sonho e desejo dos profissionais perseguido por mais de 06 anos onde será construído o Centro de Parto Normal. O secretário estadual de saúde cumpriu o compromisso assumido durante o 2º.	município de Maceió a vinculação da gestante por atendimento e maternidade de referência, foi reativado o Comitê Estadual de Mortalidade com reuniões mensais e garantia da Lei do Acompanhante em todas as maternidades. Nesse momento, com a Rede Cegonha esse coletivo se amplia com a formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha com representação das áreas técnicas do Estado e Município de Maceió e

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	Mortalidade Materna e Infantil.		<p>Fórum Perinatal em maio/2011. Nesse Fórum, o município de Maceió registrou o início da vinculação da gestante na Atenção Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> Em 2012, estão previstas oficinas com os municípios da 1ª e 7ª regional de saúde para elaboração dos planos de trabalho com base nas ações da Portaria da Rede Cegonha. 	<p>Arapiraca, sedes das duas regionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estamos mobilizando essas referências para a construção dos Fóruns Perinatais, agora Rede Cegonha.
AM	Em julho de 2010, foi constituído o Fórum Perinatal do Amazonas, espaço coletivo que conta com a representação de várias instituições/órgãos relacionados com a	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Estadual de Saúde Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, PNH, Complexo Regulador, Gerência de Maternidades, Gerência dos CAICs, Gerência de Urgência e Emergência, SEA - 	<ul style="list-style-type: none"> O Fórum Perinatal do Amazonas discute, analisa, propõe melhorias e apóia o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nos três níveis de atenção, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das diretrizes das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Mulher; Além de produzir consenso técnico e 	articular a participação dos demais municípios do Estado (ou suas representações), devido a distância e a dificuldade de acesso à capital

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	<p>assistência à mulher e à criança no Estado, onde são discutidas e decididas as questões pertinentes a linha de cuidado materno-infantil. Em março de 2011, foi realizada a 15ª reunião do Fórum.</p>	<p>INTERIOR, Coordenação do Sistema de Informações.</p> <ul style="list-style-type: none"> maternidades do SUS/AM, FVS, Sociedade Amazonense de Pediatria, Sociedade Amazonense de Ginecologia e Obstetrícia – SAGO, CRM/ AM, COREN/ AM, Conselho Municipal Direitos da Criança Adolescente, Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher, Conselho Estadual de Saúde – 	<p>político com gestores(as) e equipes de atenção à saúde em torno da problemática da morbi-mortalidade neonatal e materna e da necessidade de intervenção nestes eventos, considerando a problematização e reorganização de processos de trabalho, apóia as equipes que atuam na assistência obstétrica e neonatal na problematização e reorganização de seus processos de trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentiva e apóia os processos de educação permanente; apóia redes loco-regionais de atenção perinatal e apóia a implantação da Central de Regulação de Leitos Obstétricos e Neonatais. GT Trabalho para implantação do 	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>CES, Conselho Municipal Saúde – CMS, Universidades, Ministério Público, Cooperativas de Neonatologia, Obstetrícia, Pediatria e Anestesistas, ONGs de Defesa dos Direitos das Mulheres e das Crianças</p>	<p>ACCR nas maternidades de Manaus, deliberações referentes à implantação da regulação dos leitos obstétricos, minuta de revisão dos contratos das cooperativas que atuam nas maternidades, aprovado pelo Secretário SES/AM, acolhimento das gestantes que convivem com HIV/ Aids nas maternidades, construção do protocolo assistencial das maternidades, construção da proposta de vinculação da gestante em rede.</p>	
BA	<p>Em agosto de 2011, tem início um movimento em Salvador para trabalhar a diretriz de vinculação da</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestores(as) e representações de trabalhadores(as) das maternidades de Salvador e algumas da região metropolitana, 	<p>Vários contatos foram feitos entre Secretaria Estadual de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores do Município de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, Fundo de População das Nações</p>	<p>Dentre as principais pautas trabalhadas até então se destacam: Definição do perfil assistencial das maternidades de Salvador por grau de complexidade;</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	gestante desde o pré-natal para a maternidade de referência por técnicos da SESAB, com apoiadoras(es) do PQM.	áreas técnicas da saúde da mulher e criança, Diretoria de Gestão do Cuidado(DGC), Central Estadual de Regulação(CER), Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, incluindo a humanização estadual, Diretoria de Gestão de Rede Própria(DGRP), vigilância. Ministério Público: promotores e analistas. Secretaria Municipal de Saúde/SMS de	Unidas-UNFPA, com o objetivo de debater mecanismos para a construção e consolidação da rede perinatal e da linha de cuidado à saúde materna e à saúde infantil no município de Salvador e no Estado da Bahia, visando traçar estratégias para a garantia de acesso e vinculação das mulheres gestantes no pré-natal, parto e puerpério e implantação da lei federal 11.634/2007 e lei municipal 7.851/2010. Para tanto foi construída uma proposta de um seminário sobre a diretriz da vinculação focada nesse objetivo inicial acrescido de objetivos específicos como: - Sensibilizar e articular gestores(as) , profissionais do Município de Salvador e maternidades que atuam na atenção à	Visitas técnicas às maternidades feitas por representantes da DGRP e CER para levantamento dos leitos existentes para maior agilidade nos processos regulatórios resultando na contratação de sete obstetras e pediatras/neonatoLOGISTAS reguladores, viabilizando que a regulação de obstetrícia e de neonatologia seja feita por esses profissionais visando maior agilidade; Composição das equipes multiprofissionais nas maternidades; dimensionamento do

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Salvador: Área Técnica da Saúde da Mulher e Criança, Atenção Básica, Vigilância e foram incluídos recentemente, gerentes dos 12 distritos sanitários de Salvador.</p>	<p>saúde materna e à saúde infantil;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsidiar e trocar experiências para a construção de metodologia e estratégias para a vinculação das gestantes e construção da linha de cuidado nos municípios do Estado da Bahia; - Apresentar e submeter à apreciação pública a regulamentação da lei municipal 7.851/2010, que garante o direito da mulher gestante de conhecer previamente e estar vinculada à maternidade na qual será realizado seu parto; - Subsidiar a construção do mapa de vinculação do município de Salvador; - Instituir um Fórum permanente de discussão e proposição sobre a linha de cuidado à saúde materna e saúde 	<p>quantitativo de enfermagem para orientar processos de contratação dos profissionais – chamamento do concurso público; Rede Cegonha – mobilização pró-RC; Vinculação: levantamento de dados epidemiológicos por distrito sanitário e por maternidades, geo-referenciamento dos serviços de saúde; Delimitação de área de abrangência por maternidade para construção do desenho do mapa de vinculação de Salvador da atenção básica e ambulatoriais às maternidades de referência</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>infantil.</p> <p>Como se pode notar, este espaço coletivo é bastante potente e uma questão importante tem sido objeto de discussão entre representantes da SESAB e apoiadoras(es) da Rede Cegonha do MS: seria o Colegiado de Maternidades um embrião para o Fórum Rede Cegonha na Bahia?</p> <p>O processo de implantação da RC na Bahia parece estar bastante avançado. Haja vista a realização via SESAB de oficinas RC em todo o estado com municípios e COSEMS, priorizando regiões. O Estado já está com Plano Regional Rede Cegonha aprovado. Para implantação das ações, seria fundamental, para o exercício da Cogestão, ampliar a composição do</p>	<p>para por fim à peregrinação das gestantes e RN's. Já foram realizadas oficinas com membros do colegiado de maternidades e gerentes dos distritos de saúde para construção do mapa com validação dos dados, e já agendadas oficinas com gestores(as) das 102 unidades da atenção básica de Salvador além de oficinas distritais com gerentes e trabalhadores(as) estratégicos da atenção básica e maternidades para validação do desenho proposto; SIS pré-natal.</p> <p>Produto: construção de</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>colegiado com os conselhos de saúde, efetivando o controle social, os conselhos de categorias profissionais, universidades, ONGs etc. Outra questão relevante é a alteração de sua atribuição enquanto Fórum para assumir caráter deliberativo. Isto não significa prescindir de um colegiado de maternidades, tendo em vista a relevância deste coletivo para organização e qualificação das maternidades em rede, fazendo movimentos via distritos sanitários, já que neste ano político as relações entre estado e município de Salvador ficarão ainda mais tensas.</p>	<p>fluxos para a realização do teste rápido HIV nas maternidades e do tratamento da sífilis.</p>
CE	O estado do Ceará não implantou o Fórum		Embora não haja Fórum implantado, foram realizadas algumas reuniões com maternidades e Áreas técnicas SMS e	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>SES para discussão da rede perinatal e mais recentemente para implantação da vinculação da gestante no município de Fortaleza. Embora estes encontros não tenham caráter de Fórum, reúnem instituições, produzindo acordos e pactuações para melhoria da assistência obstétrica e neonatal. Todos os encontros foram articulados pelo trabalho do apoio institucional no PQM ou através do Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal, sob coordenação da até então apoiadora institucional de maternidade. Há intenções da SES em organizar um Fórum Estadual e no Plano de Ação Municipal de Fortaleza também consta a implantação do Fórum Municipal.</p>	
MA	Fórum permanente	Interinstitucional e	Instância deliberativa conforme	Já é inquestionável a

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>multiprofissional e composto com representantes das seguintes instituições: Secretaria de Estado da Saúde através da Unidade Regional de Saúde da Região Tocantina (URST), Hospital Regional Materno Infantil (HRMI), Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Superintendência de Regulação e Auditoria, Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde, Comitê Municipal de Prevenção e Investigação do Óbito,</p>	<p>Regimento Interno, em fase de discussão e pactuação. Apesar de recente constituição (junho de 2011) e tendo realizado apenas 5 reuniões, alguns produtos resultantes do Fórum e/ou desdobramentos relacionados aos seus movimentos foram:</p> <p>(i) atuação para a realização de um Seminário ainda em 2011, para qualificação da atenção humanizada ao parto e nascimento para as 44 ESF de Imperatriz e de alguns municípios prioritários da região;</p> <p>(ii) Pactuação para produção até janeiro de 2012, de um vídeo institucional e potente</p>	<p>importância do Fórum no cenário atual do Maranhão e, especialmente em Imperatriz.</p> <p>As apoiadoras dos territórios e supervisoras do PQM são as fomentadoras e articuladoras do Fórum Interinstitucional que vem se fortalecendo e é reconhecido como espaço coletivo de discussão, articulação e potencialização das ações alvo do PQM nas Maternidades de referência e na Rede de Atenção e Cuidados do município.</p> <p>Agenda - Pactuado em 02 de março de 2012 a realização</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Departamento de Atenção Básica - Programa Saúde da Criança, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Comitê Gestor da Política de Humanização, SAMU, Secretaria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres, Fórum de Mulheres de Imperatriz, Universidade Federal do Maranhão - Curso de Enfermagem - Campi de Imperatriz, Faculdade de Imperatriz (FACIMP) curso de Enfermagem, Universidade Sul Maranhense (UNISULMA)</p>	<p>campanha publicitária de caráter informativo-educativa, quanto à saúde materno-infantil na região;</p> <p>(iii) Constituição de uma comissão técnica com profissionais da Atenção Básica de Imperatriz e Hospital Regional Materno Infantil para discussão e elaboração de Protocolos de referência e contra referência na Rede de Cuidados à mulher e à criança, sendo que a 1ª reunião de trabalho foi agendada para o dia 03 de novembro/11.</p>	<p>de Seminário intermunicipal (42 municípios) com gestores(as) (Prefeitos, Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores da AB) e Conselhos Municipais de Saúde, para análise, avaliação e encaminhamentos atinentes à Saúde Materno-Infantil. Data 24 de abril das 08h00 às 18h00 - local Auditório da SEMUS.</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		cursos de Enfermagem e Serviço Social, Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Associação Médica de Imperatriz, Conselho Regional de Medicina, Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher (CMDDM), Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDDCA), Conselho Tutelar Área I, Conselho Tutelar Área II, Sociedade Maranhense de Pediatria, Sociedade Maranhense de Ginecologia e Obstetrícia,		

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Conselho Municipal de Saúde, Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, Sindicato dos Trabalhadores(as) da Saúde (Sindsaúde), Sindicato dos Enfermeiros da Região Tocantina (SINERTO), Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas do Maranhão (COAPIMA), Instituto Médico Legal (IML), Câmara Municipal de Vereadores, Ministério Público, Hospital Santa Mônica, Hospital da UNIMED, Hospital São Rafael, OAB – Imperatriz.</p>		

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Coordenado de forma colegiada por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, do Comitê Gestor do Hospital Regional Materno Infantil e Unidade Regional de Saúde (URST).</p>		
MA	<p>Fórum de São Luís – existente e legitimado. Fórum existente, legitimado, com calendário regular de reuniões (toda terceira quarta-feira de cada</p>	<p>SMS (Secretário e adjunta, saúde da criança e mulher, controle avaliação e regulação, rede, educação e saúde e Atenção Básica); SES (Área técnica da mulher e criança, cada uma com titular e suplência, SAMU,</p>	<p>A criação de comissões no Fórum para elaboração de diagnóstico gerada de demandas nas reuniões. Foram criadas duas comissões: uma para realizar um diagnóstico do número de leitos obstétricos e neonatais em São Luis, tempo de permanência nas maternidades e taxa de ocupação de cada maternidade com visita nas</p>	<p>Solicitação de CIT (Comissão Intergestora Regional) para inclusão dos municípios da regional no Fórum. Repercussão ou importância do Fórum no cenário atual do PQM: Melhor integração das duas maternidades acompanhadas com o</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	<p>mês.). Foi iniciado no ano de 2010 por iniciativa das maternidades e apoiadora do PQM, sem legitimação por parte do Estado e do município. A partir de 2011, se conseguiu sensibilizar o Secretário do Município, que se comprometeu participando ativamente do Fórum.</p>	<p>07 maternidades da rede SUS; Promotoria de Saúde, Promotoria da Infância e Adolescência, Conselho Nacional de Justiça, Defensoria Pública, CRM, COREN, ABENFO, Comitê Municipal de Mortalidade materna e Infantil, Conselho Municipal dos direitos da Criança e do adolescente, Conselho Municipal da Condição Feminina, Conselho municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Sociedade Brasileira de pediatria-</p>	<p>unidades. Outra foi formada na reunião de outubro para trabalhar uma proposta de contra referência do RN e puérpera na Atenção Básica.</p>	<p>município e entre as maternidades da rede, colaboração, realização de eventos envolvendo toda a rede, cooperação e discussão em rodas dos problemas e maior responsabilização.</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		MA e Sociedade de Ginecologia e obstetrícia do MA.		
MT			O resgate dos planos operativos para a Redução da MorbiMortalidade Materno-infantil deu-se no Encontro dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) realizado nos dias 26 e 27 e, no dia 26/05/2011, em uma Oficina com o tema: Pacto Para Redução de Mortalidade Materna e Infantil: Avanços e Desafios, onde participaram os 13 municípios prioritários, avaliando, discutindo avanços e desafios, ou seja, cada município revendo os aspectos que não conseguiram avançar e onde a SES poderia contribuir no monitoramento e avaliação. Nesta oficina, ressalta-se a importância atribuída à implantação do	Ainda com relação ao fortalecimento da Rede Perinatal, destaca-se a ampla mobilização para constituição do Fórum Perinatal de MT, que ocorreu em 19/08/2010 junto ao Serão de Pediatria, com a participação de 125 pessoas (Médicos, Enfermeiros, Sociedade Matogrossense de Pediatria e Ginecologia, Conselho de classe, Ministério Público, Universidades, Comitê de Mortalidade infantil e

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>Acolhimento em todas as unidades; ao compromisso assumido em dar continuidade à luta pela garantia do direito ao acompanhante e a participar efetivamente do Fórum Perinatal Estadual e municipal, a fim de para organizar a linha de cuidado materno-infantil.</p> <p>Para esses resultados alcançados, neste ano de 2011, participou-se, até o momento de 02 reuniões de (re)apresentação e pactuação do PQM; de 02 reuniões/oficinas para elaboração de planos de ação; de 01 oficina de sensibilização sobre conceitos e dispositivos; de 01 oficina de metodologia para implantação das diretrizes e dispositivos; de 03 reuniões/oficinas para definição de:</p>	<p>Materna , Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Cuiabá e várzea Grande).</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			critérios clínicos, fluxos organizacionais, protocolos e equivalentes; de 31 reuniões para constituição/apoio/acompanhamento de comitês, comissões, fóruns, câmaras técnicas e equivalentes; de 06 reuniões/oficinas sobre plantas físicas, reformas e uso dos espaços; de 04 momentos de atividades formativas/cursos de atualização e/ou como subsídios para implantação dos dispositivos e procedimentos em geral, 01 participação na Conferência Municipal de Saúde; 03 encontros no Curso de Apoiadoras(es) "Tecendo rede"; e 06 reuniões no Colegiado Ampliado da PNH.	
MT	Fórum de Cuiabá – Fórum Paralisado,	Segundo regimento elaborado, o fórum terá a	Pautas discutidas nas reuniões: 1- Importância de constituir um	Entende-se que é de grande importância a implantação

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
	em fase de implantação.	seguinte constituição: 1 - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso: Superintendência de Atenção à Saúde, Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Políticas de Saúde, Escola de Saúde Pública, SAMU, Assessoria de Comunicação, Secretaria Adjunta de Gestão Estratégica. 2- Universidade Federal de Mato Grosso: Instituto	Fórum perinatal; 2- Pactuar propostas para organizar uma rede de cuidados integral e humanizada de atenção a mulheres e aos recém-nascidos; 3- Elaborar regimento interno do fórum perinatal de Mato Grosso; 4- Regimento Interno do Fórum 5- Situação dos Leitos Obstétricos e Partos/SUS na Microrregião da Baixada Cuiabana	do fórum no estado e a expectativa é a de que com a constituição do plano da Rede Cegonha possamos definir a coordenação do fórum.

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Saúde Coletiva, Enfermagem, Medicina.</p> <p>3- Conselho Regional de Medicina. 4- Conselho Regional de Enfermagem. 5- Conselho Regional de Psicologia. 6- Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. 7- Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. 8- Sociedade Matogrossense de Ginecologia e Obstetrícia. 9- Sociedade Matogrossense de Pediatria. 10 - Conselho Estadual de Saúde. 11- Distrito Sanitário Especial</p>		

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		Indígena de Cuiabá. 12- Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. 13- Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande. 14- Sala da Mulher da Assembléia Legislativa de Mato Grosso. 15- Ministério Público. 16- Hospital Santa Helena. 17- Hospital Geral Universitário. 18- Hospital Universitário Julio Muller. 19- Pastoral da Criança.		
PA	Sem informação	Sem informação	Um dos focos do trabalho do apoio institucional foi o fortalecimento das ações em parceria com a Gestão Estadual nos Fóruns Paraenses da Rede Perinatal, chamando a sociedade e os	Sem informação

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			municípios, conselhos, entidades de classes para discutirem a grave situação em que se encontravam as maternidades do Estado e a necessidade urgente de estabelecimento de uma Rede de Atenção pactuada com os municípios a partir da Rede Básica.	
PB	Fórum Perinatal Estadual		Em 2010, o Fórum Perinatal estadual teve participação de vários municípios, com a presença de secretários municipais, trabalhadores(as), técnicos de saúde da Mulher, Criança, gerência do comitê de óbito materno, diretorias de regulação, promotoria de vários municípios, representação de profissionais defensores do parto humanizado, supervisoras(es) do PQM e apoio institucional do ISEA. Dessa	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>forma, as estratégias do PQM foram divulgadas para toda rede, especialmente as ações que vinham sendo discutidas internamente na Maternidade de Campina Grande – ISEA, considerando as diretrizes de cogestão, direito ao acompanhante de livre escolha, implantação das boas práticas para atenção ao parto e nascimento, acolhimento com classificação de risco, importantes para melhoria do acolhimento, acesso e redução da morte materna, neonatal e infantil.</p> <p>O Fórum seguiu itinerante entre o município de Campina Grande e na cidade de João Pessoa, tendo efetivamente 7 encontros e como encaminhamentos: a promotoria de</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			Campina Grande elegeu como prioridade o efetivo cumprimento da lei do direito ao acompanhante em todas as maternidades de Campina Grande. Nesse momento, os gestores(as) das SMS só referiam as dificuldades gerenciais financeiras para manter a rede funcionando, fixação dos profissionais da rede básica, manutenção e reforma de serviços. Em 2011, o Fórum perinatal estadual ficou paralisado.	
PB	Fórum Perinatal Municipal – Campina Grande	A coordenação e articulação têm ocorrido com o apoio da SMS, secretária Adjunta, representantes das maternidades, coordenações da área	Em 2011, o Fórum Perinatal Campina Grande retomou seu processo, a partir das mudanças da SMS e consultores da área materno-infantil. Concomitante à sua implantação foi instituída uma Coordenação Municipal de vigilância do óbito materno e infantil e também o	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		técnica da mulher e criança, diretoria de regulação	<p>comitê de óbito intra-hospitalar na maternidade ISEA. Ficou acordado 1 encontro por mês, sempre na primeira 5ª feira do mês. Ocorreram 6 encontros no ano de 2011. Em 2012 já aconteceram 2 encontros na SMS.</p> <p>Em paralelo a esse processo, o estado da Paraíba formou um grupo condutor Estadual com representantes do CONASEMS. Esse grupo articulou os municípios e priorizou 4 regiões: João Pessoa, Campina Grande, Cajazeiras e Patos. Ficando Campina Grande na 3ª região com mais 42 municípios, plano da Rede Cegonha foi apresentado na CIB em 09/02. No próximo Fórum de Campina Grande na primeira semana de abril, nossa proposta tem sido provocar esse grupo condutor estadual,</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>para apresentar a proposta de regionalização na região de Campina Grande.</p> <p>As reuniões que ocorreram para discutir a rede perinatal ocorreram através do Colegiado Intergestores(as) Regional, porém apenas com gestores(as) e técnicos dos serviços de assistência e gestão. Desta forma, a idéia de encontros mais ampliados não ocorreu ainda. Entretanto, a partir do fortalecimento do colegiado, se pode criar outros espaços mais ampliados de discussão da rede perinatal. Neste momento, o desafio ainda é a conclusão do Projeto Regional da Rede Cegonha</p>	
PI		Coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde do Piauí- SESAPI,	A Comissão Perinatal do estado do Piauí é mensal, teve início em 19 de agosto de 2011.	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>através da Superintendência de Atenção Integral à Saúde e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Representantes da SESAPI, COSEMS-PI; ABEN-PI; do Conselho Estadual de Saúde da Mulher; da Apoiadora do Ministério da Saúde; da CAA/Fundação Municipal de Saúde de Teresina; da Maternidade Wall Ferraz/CIAMCA; do Conselho Municipal de Saúde de Teresina; do Conselho Regional de Enfermagem e Conselho</p>	<p>Apresenta como objetivos proceder à discussão da atenção perinatal do Piauí e organizar a linha de cuidado da gestante e do recém-nascido de forma a contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil. Na reunião posterior da Comissão Perinatal do Piauí/PPP, com presença de As reuniões consecutivas foram todas com assuntos fundamentais para a conformação da Rede Perinatal, merecendo destaque a última do ano que ocorreu em dezembro, quando a Coordenadora da Comissão falou dosmencionou os andamentos da Rede Cegonha, assinalando também que sua implantação no Estado é um desafio. Para tanto, a comissão juntamente com o Grupo Condutor deverá trabalhar na</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Municipal de Saúde de Teresina; da Maternidade Dona Evangelina Rosa e Universidade Federal do Piauí e, do Conselho Estadual de Saúde. Participaram também como convidada pela comissão a Diretora do Laboratório Central do Piauí.</p> <p>A primeira reunião contou com 91 pessoas representantes da gestão estadual e municipal de saúde, das unidades de serviços, do controle social, das universidades e das entidades de classe.</p>	<p>confeção do diagnóstico do estado da RC, assunto incluído na pauta de reunião próxima.</p> <p>No ano de 2012, houve mais dois encontros, nos quais se trabalharam as organizações hospitalares, nos espaços da UTI neonatal, ACCR e direito a acompanhante.</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Pela gestão estadual participaram de saúde-SESAPI representantes das seguintes áreas: Superintendência de Atenção à Saúde -SUPAT, Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, Diretoria de Unidade de Organização Hospitalar/DUDOH, Gerência de Atenção à Saúde/GAS, Gerência de Desenvolvimento e Qualificação/GDQ, Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas-DUGP, Superintendência de organização de</p>		

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>sistema de Saúde das Unidades de Referência/SUPAS, Diretoria de Unidade de Planejamento- DUP, Rede de Atenção à Saúde/RAS, Laboratório Central/LACEN, Diretoria de Unidade de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria/DUCARA, Diretoria de Vigilância em Saúde/DIVISA, Escola Técnica do SUS/ETSUS, Coordenação de Atenção à Saúde da Criança, Gerência de Vigilância à Saúde/GVS, Coordenação de Análises e Tendências</p>		

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		em Saúde, Assessoria de Comunicação, Coordenação de Padronização de Equipamentos, PQM e PNH.		
RN		Representantes das áreas técnicas: Saúde da mulher, da criança, atenção básica, núcleo de humanização, SVS, SUVISA, COHUR (Coordenação de Hospitais e Unidades de Referência), CRH (Coordenação de Recursos Humanos). Esse grupo se encontra semanalmente e tem	O Fórum Perinatal do Rio Grande do Norte tornou-se um espaço de fomento à discussão e proposição para a organização da Rede de atenção à saúde materna e infantil no Estado. Seus encontros acontecem uma vez por mês, articulados com as reuniões do Comitê Estadual de Mortalidade Materna. Com o objetivo de construir encaminhamento às propostas, que emergem no Fórum criou-se um núcleo articulador da Rede Perinatal da	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>proporcionado o acompanhamento das ações do plano de forma conjunta e participativa. Sociedade de Pediatria e Ginecologia, COREN, CRM, Pastoral da Criança, representantes das regionais de saúde do Estado, Secretaria Estadual e Municipal (SVS), Fórum de mulheres, entre outras entidades. Assim, fortalece a parceria Fórum e comitê ampliando para a participação dos gestores(as) dos</p>	<p>Secretaria de Saúde do Estado, composto por O Fórum também tornou-se um espaço para efetivação de ações para o desenvolvimento do Plano de Qualificação das Maternidades, de pactuação de propostas que envolvem ações inter-secretarias, entidades e movimento social, bem como para viabilizar o seu monitoramento. A participação do Ministério Público, com presença efetiva no acompanhamento do PRMI no estado fortalece os encaminhamentos propostos por ser órgão de controle e de grande expressão. Neste sentido, merece destaque o Projeto "Nascer com Dignidade" que vem capacitando os promotores do Estado na atenção à assistência materna e infantil baseada</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		municípios prioritários no Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Estado (PRMI).	<p>nos parâmetros das políticas de atenção a mulher e a criança e tem como meta a parceria na redução da mortalidade e no atendimento de qualidade, principalmente em caso da mortalidade, por se tratar de mortes em sua maioria por causas evitáveis.</p> <p>O Fórum é conduzido pelo Núcleo articulador da rede perinatal juntamente com a coordenação do PRMI no estado e a presidente do comitê estadual de mortalidade materna, ficando sua organização em dois momentos; primeiro, com a apresentação de um tema central que abranja a organização da rede, e em seguida, o debate.</p>	
SE			Atualmente, a principal estratégia para a discussão do acolhimento em rede em	O Fórum se configurou em um espaço muito potente.

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>Sergipe tem sido o Fórum Perinatal, que ocorre uma vez por mês, com participação variável de diversos atores que compõem a Rede Perinatal do Estado. O Fórum tem se apresentado como espaço privilegiado de discussão, sendo identificados muitos dos desafios da Rede Perinatal, colocando-os na roda na tentativa de produzir sentidos e encaminhamentos. Além disso, tem sido fundamental para a divulgação/produção de consensos a respeito da Rede Cegonha (RC).</p> <p>Um produto importante elaborado no primeiro semestre de 2011 pelo coletivo que compõe o Fórum foi o Quadro Perinatal de Sergipe em 2010. Através desse desenho, buscou-se responder as seguintes perguntas: Temos leitos</p>	<p>Contudo, no momento, existe pouca representação das maternidades do interior, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e de Movimentos Sociais. Nos últimos dois meses ele não se reuniu. Isto aponta para uma provável diminuição da sua potência. Em meio à divulgação/produção de consensos acerca da RC, em Sergipe, a discussão da Rede Perinatal tem acontecido em outros espaços além do Fórum, sendo necessário definir claramente as suas funções e as do GCE-RC.</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>obstétricos suficientes? A oferta nas regionais supre a demanda de seus municípios? Há sobrecarregados? E subaproveitados? O fluxo desorganizado leva a desfechos negativos (morte materna, infantil, BP, etc.)? Há leitos de UTI suficientes para os que nascem com BP? Alguns esclarecimentos importantes foram possíveis através dessa pesquisa. Existem, por exemplo, regionais sobrecarregadas, nem sempre a capacidade instalada de todas as regionais supre a demanda de seus municípios, tornando mais visíveis os fluxos migratórios entre as regionais. Cabe ressaltar que esse estudo tem sido fundamental para a implantação da RC.</p> <p>Ao longo 2011 foram realizados 10</p>	<p>Percebe-se certo esvaziamento dos atores que compõem o Fórum pelo fato desse espaço ser pouco deliberativo. Para 2012, fica o desafio: como as questões sugeridas no Fórum, ao serem legitimados também pelo GCE-RC, podem se transformar em direcionamentos, notas técnicas, portarias?</p> <p>No segundo semestre de 2011, o coletivo se dedicou à construção dos 10 Passos para Enfrentamento da Mortalidade Infantil e Materna no Contexto Hospitalar e na Atenção</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			encontros do Fórum.	<p>Primária. Diante de certa angústia, produzida pela impressão de que o que era problematizado precisava ultrapassar o espaço mensal dos Fóruns, surgiu o desejo de sistematizar idéias discutidas, transformando-as num documento que pudesse ser legitimado pelos gestores(as) locais e trabalhadas nos equipamentos de saúde.</p> <p>Vale ressaltar que a Secretaria da Saúde de Sergipe tem apresentado interesse em enfrentar este desafio. O Plano Estadual da Rede Cegonha prevê, por</p>

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
				exemplo, o espaço do Fórum para validação do Protocolo Estadual de ACCR e indica que para a sua elaboração se considere as recomendações pautadas pelo Fórum.
TO		Setores estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde/SESAU, como a Coordenação de Saúde da Mulher, de Saúde da Criança, Epidemiologia, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar e Vigilância Sanitária. Maternidade Dona Regina, de	Constituído em novembro de 2010, atualmente integram o Fórum Perinatal do Tocantins. Tem caráter interinstitucional com participantes externos, reconhecendo-se a importância da diversificação de representações. A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/SMSA vem participando freqüentemente, o que imprime um caráter de continuidade das ações, muitas vezes determinante para o sucesso ou fracasso das	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		Referencia do SUS de Palmas, o Ministério Público, o Conselho Regional de Medicina e de Enfermagem, Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, a Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Regional de Medicina, Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Direitos da Criança e Conselho Municipal de	iniciativas da gestão local de saúde. Sobre seu funcionamento, o Fórum é coordenado pela Superintendente de Vigilância em Saúde, indicada pelo Secretário Estadual de Saúde e validada pelo Fórum. Possui um calendário de encontros que se estabeleceu para todo o ano de 2011, fixando toda a última quarta-feira de cada mês, cujas pautas são retiradas do encontro anterior, com atas sistematizadas e compartilhadas no grupo de e-mails dos participantes dos fóruns. O coletivo de Humanização da PNH/SESAU participa ativamente em sua organização, mobilização e sistematização das reuniões. Antecede em todo encontro do Fórum, reunião do Grupo de Trabalho constituído com o objetivo de preparar cada encontro,	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
		<p>Saúde, Casa 8 de março, Hospitais e Maternidades de Palmas.</p> <p>04 hospitais do interior do estado que realizam partos com previsão de participação de todas doravante, que fazem a gestão via a OSCIP Pró-saúde</p>	<p>discutindo o que a SESAU apresentará de retorno ao que foi pactuado em reuniões anteriores, entendendo que um Fórum só se legitima e fortalece se cada decisão for levada adiante.</p> <p>Algumas estratégias de ação propostas demonstram a relevância do Fórum perinatal na construção da rede perinatal. Destacam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensificação das ações entre Estado e município de Palmas para construção de protocolo conjunto da SEMUS e Maternidade o Dona Regina; - Criação do Ambulatório de gestação de Alto Risco no Hospital Dona Regina e viabilização da contratação de médico para atendimento dos municípios do interior; 	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<ul style="list-style-type: none"> - Construção de uma proposta para qualificação profissional das equipes para a atenção no pré-natal e pré-natal de alto risco; - Garantia da Oferta de acolhimento à puérpera ao sair da Maternidade com agenda de consulta puerperal e puericultura; - Qualificação de docentes e discentes de saúde das 04 Universidades existentes no Estado sobre o pré-natal e as Boas Práticas para o parto e o nascimento; - Revisão dos prontuários relacionados às usuárias que evoluíram para óbito por município de procedência para estudar casos como eventos sentinelas; - Promoção do diálogo com a Coordenação de cursos e docentes de 	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>Instituição de Ensino em saúde para melhorar a grade curricular e os planos dos cursos, incluindo práticas baseadas em evidências científicas;</p> <p>Os produtos provenientes do Fórum do Tocantins são: a construção e validação dos protocolos como o do Pré-natal, quando se decidiu pela sua divulgação e implantação a partir de reuniões nas Regiões de saúde, via colegiados, Comissão Intergestora Regional – CIR, do Tele-saúde e de capacitação/qualificação de equipes de saúde nos municípios com piores indicadores de qualidade do pré-natal no Estado; Construção e validação do protocolo e do pré-natal de alto-risco, para reorganização do Ambulatório de alto-risco da Maternidade Dona Regina</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			<p>e maior identificação dos casos pelas unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família sobre casos a serem encaminhados ao ambulatório que se encontra em pleno funcionamento. Intensa mobilização com inclusão de diretores de Hospitais no Fórum a partir da apresentação e discussão dos indicadores de mortalidade materna e neonatal e infantil do SIN e SINASC, bem como da análise dos óbitos do estado, casa a caso, evidenciando que 18 entre os 19 óbitos ocorridos até setembro eram evitáveis.</p> <p>Também é produto do Fórum a construção conjunta de novos fluxos entre a rede de serviços de Palmas sendo estendidos para a região do</p>	

UF	Situação do Fórum	Composição	Processos/Produtos	Desafios
			Capim Dourado, onde sete municípios que fazem referencia direta para a Maternidade Dona Regina.	

ANEXO V

Avanços por diretriz articulado com os dispositivos associados a mudanças no modelo de atenção e gestão

1 - Santa Mônica/AL

Cogestão: Há colegiado gestor da maternidade. Participa de Fórum Perinatal intersetorial.

Há ouvidoria.

Acolhimento em rede: Há “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. O mapa de vinculação da maternidade em rede está em fase inicial. No âmbito externo da rede, destaca-se a formação do Grupo de Trabalho, responsável pela organização do Fórum Estadual Rede Cegonha e por fomentar as discussões sobre a rede perinatal do Estado. Destaque especial deve ser dado à integração do estado e municípios prioritários com a rede básica e maternidades.

ACCR: Há acolhimento e classificação de risco. A construção/validação de protocolos e manuais de ACR está em processo inicial. Foi inserido na ficha de atendimento o protocolo de classificação de risco, pactuado com os profissionais que a princípio seria uma forma de organizar o atendimento na lógica da equidade e acessibilidade e que essa estratégia serviria para discussão com a SES e o município de Maceió da organização da rede e vinculação da gestante.

Direito ao acompanhante e ambiência: É permitida a presença de acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos. Não há visita aberta. Houve adequação de estrutura física da neonatologia, alojamento conjunto, pronto atendimento e implantação do centro de parto normal e casa da gestante e do bebê, por meio da identificação das necessidades. Há proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

2 – Arapiraca/AL

Cogestão: Apesar do contexto interno institucional se expressar como altamente favorável à co-gestão e a comunicação com base no apoio gestor, evidenciou-se a necessidade de ampliar esse movimento para maior número de profissionais (especialmente, os médicos), e envolver todos os segmentos

do HNSBC, da SESAU e SMS de Arapiraca. Nesse contexto, realizou-se uma reunião com o provedor do hospital, no dia 09/05/2011 objetivando apoio no sentido de incentivar a participação dos profissionais, os médicos em especial, a fim de fortalecer o grupo para a implantação das ações.

No Primeiro semestre de 2011 também houve fortalecimento da rede de serviços, proporcionado pelas rodas de conversa entre a Apoiadora Institucional e a Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca e participação de reuniões do Comitê de Prevenção e Redução da Mortalidade Materna e Infantil de Arapiraca que é constituído pelas maternidades do município, SMS, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, Câmara de Vereadores, Unidades Básicas de Saúde, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Pastoral da Criança, Universidade e outras, que passaram a incluir em suas reuniões as diretrizes do PQM e discutir as estratégias para colocá-las em prática. Tem-se: conselho local de saúde, comitês ou grupos estratégicos locais para condução de processos, núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento, comitês ou grupos estratégicos agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação, Fórum perinatal.

Acolhimento em rede e ACCR: Não há projeto de ACCR implementado. Em processo inicial de validação/construção de protocolos e manuais de ACCR.

Avanços são notados no modo de fazer e de se relacionar do grupo. Por exemplo, há "vaga sempre" para gestantes, puérperas e RNs, acolhimento imediato a gestantes em trabalho de parto e/ou com alguma intercorrência, acolhimento a toda urgência gineco-obstétrica de acordo com classificação de risco. Isso não significa que as dificuldades deixaram de existir, elas continuam presentes na falta de adesão dos profissionais médicos; dificuldade para construir protocolos; falta de recursos para contratar enfermeiros obstetras; ausência de acolhimento e classificação de risco; consultoria com seu método de trabalho centralizado na gestão e na redução de gastos (muitas vezes de pessoal). O que mudou foi a visão de alguns profissionais sobre seu modo de fazer e sobre a importância das diretrizes do PQM para assistência ao parto.

Em processo inicial tem-se: construção do mapa de vinculação em rede.

Direito a Acompanhante e Ambiência: Apesar no pioneirismo e avanço para assegurar o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto (PPP), existem ainda muitos desafios para a efetivação cotidiana dessa prática, tais como: a resistência de alguns profissionais (principalmente obstetras) com relação à presença de acompanhantes no pré-parto e parto; a necessidade de maior interação entre equipe e acompanhantes; o número reduzido de enfermeiras obstétricas e as acomodações precárias para os acompanhantes nos diferentes espaços. Ainda é necessário atingir consensos para garantir o direito ao acompanhante a todas as mulheres, independente do plantão. Não tem: visita aberta nem proposta elaborada para adequação de ambiência.

3 - Tysilla Balbino/BA

Cogestão: Há grupo estratégico funcionando como colegiado gestor da maternidade. Falta definir dois representantes (centro obstétrico + alojamentos conjuntos e enfermarias) e oficializar.

O Fórum Perinatal – Fórum Rede Cegonha está em fase de implantação. Será coordenado pela SESAB, já tem sua composição definida, mas até o momento não teve sua primeira reunião, pois a Secretaria tem reunido esforços para realização de oficinas em todas as macro-regiões do estado da Bahia para desenho da Rede Cegonha/RC estadual.

Quanto à Ouvidoria, há o interesse e o espaço está previsto na reforma.

Acolhimento em rede: Há vaga sempre para gestantes, puérperas e RNs. O mapa de vinculação em rede está em processo avançado. Já existe uma proposta de para o município de Salvador construído a partir do PQM que está em fase de validação com encontros entres gestores(as) da SESAB, Secretaria Municipal de Saúde, representantes e gestores(as) das maternidades e dos distritos sanitários além do acompanhamento do Ministério Público que foi inserido no colegiado de maternidades, coletivo onde a diretriz vinculação tem avançado. O desenho para o mapa de vinculação construído para Salvador está servindo de referência para todo o estado.

Acolhimento e classificação de risco: A unidade construiu seu protocolo para realização do ACCR, iniciado acolhimento imediato realizado pelas técnicas de enfermagem, mas houve interferência do COREN, com o entendimento de que a(o)s técnica(o)s de enfermagem estavam realizando o

ACCR, prática que deveria ser feita por profissional de nível superior. Tal intervenção fez suspender as ações. Sendo assim, o atendimento ainda permanece por ordem de chegada, mas houveram modificações no espaço, as mulheres não aguardam mais no corredor como antes, tem sido acolhidas já na recepção e em alguns plantões as técnicas se deslocam para a recepção.

Direito ao acompanhante e ambiência: Há direito à acompanhante de livre escolha na maioria dos espaços de internação e atendimento, a única restrição ainda é a entrada deles no centro cirúrgico.

O acesso dos pais à unidade de cuidados de neonatologia é livre, a unidade implantou ainda a visita aberta e passou a permitir também visitas acompanhadas por profissionais da psicologia e/ou do serviço social.

As camas PPPs, bolas, cavalinhos e cortinas do cenário de parto substituíram os leitos do pré - parto convencionais e as tradicionais mesas de parto transformando o espaço em 6 salas PPs. Com recursos da RC está prevista a reforma para adequação da ambiência da Maternidade Tsylla Balbino que será realizada para melhorar o acolhimento e o bloco obstétrico com melhorias nas salas PPPs com ampliação de área para deambulação, banheiros, entre outras, além de reforma no cenário de parto para adequação para CPN com 5 leitos. Há proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

4 – IBERPA/BA

Cogestão: Foi constituído Colegiado Gestor da Maternidade, no entanto, esse espaço ainda merece atenção para que funcione como espaço de pactuações, deliberações e produza mais co – responsabilização.

O Fórum Perinatal – Fórum Rede Cegonha - está em fase de implantação. Será coordenado pela SESAB, já tem sua composição definida, mas até o momento não teve sua primeira reunião, pois a Secretaria tem reunido esforços para realização de oficinas em todas as macro-regiões do estado da Bahia para desenho da Rede Cegonha estadual. Enquanto isso, a maternidade participa de colegiado de maternidades.

Há ouvidoria.

Acolhimento em rede: Há vaga sempre para RNs egressos da maternidade até 28 dias ou que realizaram pré-natal na unidade. As gestantes são na maioria das vezes acolhidas, mas em algumas situações são orientadas a

buscar vaga em outras unidades por conta própria devido a dificuldades com a central de regulação que acarretam grande espera.

O mapa de vinculação da maternidade em rede está em fase de validação com encontros entre gestores(as) da SESAB, Secretaria Municipal de Saúde, representantes e gestores(as) das maternidades e dos distritos sanitários além do acompanhamento do Ministério Público que foi inserido no colegiado de maternidades, coletivo onde a diretriz vinculação tem avançado. O desenho para o mapa de vinculação construído para Salvador está servindo de referência para todo o estado.

Acolhimento e Classificação de Risco: Há um movimento inicial de discussão para construção/validação de protocolo, estabelecimento de rotinas para acolhimento imediato das gestantes, levantamento feito pelo GE para acompanhamento dos atendimentos da admissão (principais queixas, tempo de espera, priorização). Está pactuado com coordenador da obstetrícia e GE que será discutido com médicos, enfermagem, preceptoria e residentes para construir proposta inicial para ACCR.

O atendimento continua sendo realizado por ordem de chegada devido ao grande déficit de profissionais médicos e de enfermagem para iniciarem o acolhimento com classificação de risco. Não há equipe exclusiva para o acolhimento, os profissionais que atuam no bloco obstétrico são os mesmos que atuam na admissão. Com recursos da RC, está prevista a reforma para adequação da ambiência do IPERBA que será realizada para melhorar o acolhimento e viabilizar o acolhimento com classificação de risco.

Direito ao acompanhante e ambiência: A diretriz acompanhante foi a mais trabalhada, com construção do fluxo, rotinas, atribuições dos profissionais nessa inclusão além de material informativo disponibilizado para os acompanhantes. A inclusão de acompanhantes do sexo feminino no pré - parto também passou a ser viabilizada, a restrição em relação ao sexo masculino permaneceu devido à falta de privacidade, assim como a restrição para acompanhantes no momento do parto.

Construído coletivamente projeto para readequação dos alojamentos conjuntos e enfermarias e pré - parto. Após as adequações de ambiência no bloco obstétrico a presença dos acompanhantes tem sido garantida também no momento do parto (com as salas PPs) e aos poucos os acompanhantes do sexo masculino têm sido incluídos nesses espaços. O acesso dos pais à

unidade de cuidados de neonatologia tornou-se livre e o horário de visitas foi ampliado. Há proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

5- Assis Chateaubriand/CE

Cogestão: Há colegiado gestor da maternidade e composição de um grupo estratégico que se reúne semanalmente para implementar e acompanhar as diretrizes na maternidade.

O Fórum Perinatal não foi instalado. No entanto, foram realizadas ações para discussão da rede perinatal, como reuniões ampliadas com as maternidades para discutir protocolos e fluxos de referência e contra-referência, seminários em parceria com a SES envolvendo maternidades de todo o estado, oficinas ampliadas com as maternidades, SES, SMS e Centrais de Regulação.

Há ouvidoria.

Acolhimento em rede: A SMS está fazendo um estudo sobre o fluxo das gestantes no município de Fortaleza e capacidade instalada das maternidades para definir mapa de vinculação, incluindo também as maternidades de referência para alto risco.

Acolhimento e classificação de risco: Foram construídos e validados os protocolos e manuais da ACCR. O protocolo foi baseado no documento de Belo Horizonte, adaptado para a realidade de Fortaleza, foi supervisionado e finalizado pela apoiadora. Já foi disponibilizado em meio magnético para todas as maternidades da rede. Ainda em versão preliminar, aguarda impressão oficial por parte da SMS.

O ACCR já está implementado, com local, profissionais e cores definidas. As equipes estão sendo capacitadas em serviço e o aprendizado tem se dado no "fazer", que tem sido compartilhado e discutido em equipe. Os profissionais elaboraram uma pesquisa para avaliar os principais riscos classificados e de quais localidades as gestantes estão chegando, para trabalhar com a atenção básica das regiões.

Direito ao acompanhante e ambiência: Há direito a acompanhante de livre escolha somente no CPN. Nas enfermarias é permitido somente acompanhante feminino. Há visita aberta e proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

6 - Cesar Cals/CE

Cogestão: Foi proposta a formação do “Colegiado Gestor Materno Infantil”, com representantes dos setores de Obstetrícia e Neonatologia, porém o colegiado não se efetivou de forma satisfatória. O Comitê de Avaliação de Óbitos Infantis manteve a rotina de reuniões mensais e análises dos óbitos ocorridos na UTI e Sala de Parto. Durante o ano de 2011, foram realizadas 17 reuniões com o grupo estratégico, 19 reuniões com os diferentes setores e 49 visitas à maternidade. Fórum Perinatal Intersectorial não foi instaurado.

Há ouvidoria.

Acolhimento em rede: A SMS está fazendo um estudo sobre o fluxo das gestantes no município de Fortaleza e capacidade instalada das maternidades para definir mapa de vinculação, incluindo também as maternidades de referência para alto risco.

Acolhimento e classificação de risco: O dispositivo não foi implantado de forma efetiva, porém a maternidade já conta com o acolhimento da gestante realizado por técnicas/auxiliares de enfermagem que fazem a primeira escuta da paciente, verificam sinais vitais e encaminham para atendimento imediato os casos mais graves. A falta de condições adequadas na estrutura física é apontada como principal dificuldade, uma vez que a equipe não visualizou local para instalação da sala de classificação de risco. De toda forma, foi cadastrado no sistema SICONV um projeto de adequação física do Centro Obstétrico, com a prerrogativa de utilização de recursos pela Rede Cegonha, contemplando reforma da porta de entrada para implantação do ACCR.

Foi construído um protocolo em parceria com a SMS, com orientação e supervisão da apoiadora institucional do PQM/MS e profissionais das outras maternidades da rede. O protocolo foi baseado no documento de Belo Horizonte, adaptado para a realidade de Fortaleza, foi supervisionado e finalizado pela apoiadora. Já foi disponibilizado em meio magnético para todas as maternidades da rede. Ainda em versão preliminar, aguarda impressão oficial por parte da SMS.

Direito ao acompanhante e ambiência: Após a realização do curso de Boas Práticas, a equipe da obstetrícia passou a inserir os acompanhantes na Sala de Parto. Esta ação ainda acontece de forma gradativa, pois a superlotação e a falta de condições físicas para acomodar o acompanhante ainda são apontados como maiores entraves. No entanto, já estão sendo aceitos acompanhantes no

momento do parto, e de livre escolha da paciente. Embora esta ação ainda não esteja acontecendo de forma integral e sem restrições, tanto a direção como o grupo estratégico estão imbuídos da ampliação e garantia do direito. Com a reforma do Centro Obstétrico e construção do Centro de Parto Normal (cadastrados no sistema SICONV mediante recursos da Rede Cegonha) serão criadas condições para a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher. Esta ação foi assumida de forma oficial pelo diretor através de termo de compromisso enviado ao Ministério da Saúde.

Há visita aberta.

7 – Maternidade Cândida Vargas/PB

Cogestão: Diariamente, reunião com as acompanhantes na maternidade (espaço mais concreto de diálogo). Existe ouvidora da saúde na maternidade desde 2010. Poucos avanços efetivos em 2011. Necessidade de fortalecer e ampliar a participação das usuárias através de reuniões e espaços de rodas de conversa; sensibilizar os gestores(as) e trabalhadores(as), assim como realizar formação dos mesmos, para provocar e discutir a necessidade de implantação de um conselho gestor da Maternidade.

Articulação com o Colegiado Intergestores(as) Regional Mata Atlântica (composto por 14 municípios) para o início das reuniões para consolidação do grupo condutor regional, nas quais a apoiadora institucional participa, e construção do desenho regional de saúde materno-infantil. Neste espaço foi possível o entendimento destes municípios enquanto um grupo que precisa se fortalecer e dialogar como parte de uma rede. A partir disto este grupo passou a se reunir constantemente para construir o Plano Regional da Rede Cegonha. Este movimento irá possibilitar a retomada das discussões de rede e fortalecimento do Fórum Perinatal.

Acolhimento e ACCR: Projeto de ACCR implementado. A maternidade possui porta de entrada para urgências e emergências obstétricas, “vaga sempre” para gestantes, puérperas, mas nem sempre para RNs, recebendo as mulheres através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Neste serviço, a equipe de enfermagem faz o primeiro atendimento às usuárias verificando seus sinais vitais e realizando a escuta qualificada. Através da escuta, as usuárias são classificadas de acordo com o risco e encaminhadas para a consulta médica ou para a atenção básica quando necessário. Porém,

neste ponto a equipe do ACCR ainda apresenta uma dificuldade de contra-referenciar estas mulheres, havendo necessidade de uma melhor articulação entre os serviços.

Direito a Acompanhante e Ambiência: Realizadas reformas no ano de 2010 melhorando a ambiência no Pré-Parto, mas ainda há necessidade de melhoria da ambiência no pré-parto e adequação de alguns ambientes para aumento da privacidade das mulheres.

Realização de discussões com os profissionais sobre a necessidade de implantação de acompanhante de livre escolha da mulher. Importância de sensibilizar os profissionais quanto a necessidade de implantação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher conforme a lei e adequar alguns ambientes para receber o acompanhante do sexo masculino. Há proposta elaborada para adequação de ambiência de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

8 - Inst. Elp. Almeida/Campina Grande/PB

Cogestão: Foram instituídos colegiados gestores(as) , mas estes se encontram em processo inicial de implantação. A participação majoritária de profissionais de enfermagem e assistência social. A Coordenadora Clínica tem dificuldade para se reunir com os profissionais médicos, embora seja uma profissional com grande conhecimento técnico e compromisso com humanização do parto.

A maternidade participa de Fórum Perinatal intersetorial.

Ouvidoria em funcionamento.

O Comitê de óbito começou em maio/11, porém o comitê tem encontrado alguns problemas, sobretudo, os acordos realizados com profissionais não estão sendo cumpridos. A CCIH também tem funcionado sem atropelos.

Acolhimento em rede: Há vaga sempre para gestantes puérperas e RNs. Não há mapa de vinculação da maternidade em rede.

A articulação com a gestão da Atenção Básica do Município de Campina Grande tem aumentado. Foram realizados 03 encontros em 2011 e 1 encontro em 2012: a primeira reunião com a gerência e atores da gestão 7 profissionais e a segunda reunião contou-se com a presença de todos os apoiadoras(es) institucionais da APS (total de 25 pessoas). Foram fechadas mais duas agendas, uma de apoio matricial com o Obstetra do pré-natal de alto risco e

outra para socializar o conjunto de ofertas que o ambulatório da maternidade oferece. A agenda prévia de visita na maternidade para as gestantes acompanhadas na Atenção Básica.

Acolhimento e classificação de risco: O projeto de ACR não está implementado. Foram realizadas oficinas, a equipe de enfermagem vem sendo sensibilizada e há planejamento para melhora da ambiência.

Os protocolos ainda precisam ser revistos pela equipe médica. Foi repassado o protocolo do HSF e de outras maternidades locais para a equipe definir seus protocolos.

Acolhimento admitiu duas enfermeiras, mas ainda não está priorizando demandas pelo risco.

Articulou-se com a SMS a ida das arquitetas para fazer um projeto pequeno de adequação, que contempla salas de classificação de risco, posto de enfermagem e observação na emergência. Para isto, já tiveram 3 encontros e se está aguardando apresentação da planta e aprovação da SMS.

Direito ao acompanhante e ambiência: O direito a acompanhante foi implementado com apoio da promotoria, o que respaldou a gestora local. Ainda existe dificuldade de acolher com mais qualidade o acompanhante e permanece como problema a não aceitação por parte e alguns profissionais e também pela falta de compromisso dos profissionais da porta de entrada. No momento da implantação, foram feitos alguns acordos com relação à rotina e organização do fluxo de entrada, porém, esse gerenciamento às vezes não tem ocorrido.

No mês de fevereiro/12 os médicos do ISEA solicitaram uma agenda com a SMS. Na ocasião, solicitaram a retirada dos acompanhantes do Alojamento de Alto Risco, alegando que essas mulheres passam muito tempo internadas na unidade, e se tem pouca estrutura de acolhimento e leitos extras nas enfermarias. A SMS, segundo relato da direção, concordou com a equipe. Mediante articulação entre apoiadora e gestora local, após reunião com o grupo responsável pela solicitação e gestores(as) da SMS (coordenação da saúde da mulher, criança, DAEC), ficou acordado que cada situação deverá ter avaliação da equipe multidisciplinar.

Há direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos.

Há visita aberta.

9 – Barão de Lucena/PE

Não há informações, pois não foram preenchidos o instrumento de PM&A nem o relatório-síntese.

10 – D. Malan/PE

Não há informações, pois não foram preenchidos o instrumento de PM&A nem o relatório-síntese.

11 – Evangelina Rosa/PI

Cogestão: Não há colegiado gestor da maternidade. Ocorreu pactuação do Plano e constituição do GT, porém observou-se falta de sistematização e continuidade do grupo de trabalho e de comunicação entre categorias profissionais para constituir o colegiado gestor, assim como o não envolvimento da direção de forma direta com a proposta. O modelo de atenção e gestão funciona de modo tradicional.

Avanços: Fortalecimento da CCIH. Comitê de Mortalidade materna e infantil em funcionamento. Participação em Fórum Perinatal Intersetorial. Maior atuação da Ouvidoria, com aplicação dos questionários todos os meses. Articulação entre SES, município e MDER; Melhoria da grupalidade e integrações das ações.

Quanto às oficinas e rodas para temas estratégicos, a dificuldade foi o número reduzido de servidores, sob justificativa de demanda excessiva de trabalho.

Acolhimento em rede: Fórum perinatal realizado. Apesar de ter ocorrido reunião com coordenação do pacto da mortalidade estadual para pactuação da construção do fluxo da rede, não há mapa de vinculação da maternidade em rede.

Acolhimento e classificação de risco: Há “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. Processo avançado de construção/validação de protocolos, manuais de ACCR e fluxo do RN. Está implementado ACCR, mas apenas em alguns turnos. Faltam recursos humanos para o ACCR. Ocorreu melhoria na organização do ACCR, com sala apropriada; qualificações dos profissionais no acolhimento; Regulamentação dos leitos da UTINEo; Médico diarista na UTI neo; Organização de processos de formação.

Direito ao acompanhante e ambiência: 100% das crianças da UTI possuem acompanhantes, pai e mãe têm acesso livre, mas as condições de acolhimento dos mesmos ainda necessitam de ajustes. Inclusão do trabalho de psicologia no acolhimento à família do RN na UTI, desenvolvendo rodas e cartilha de esclarecimento. Ampliação da visita dos avôs; Visitas técnicas e discussões sobre direito ao acompanhante têm produzido aberturas para sua progressiva inclusão. Por enquanto o acompanhante pode permanecer junto com a gestante apenas até a porta do centro obstétrico. Há resistência de alguns profissionais, alegando as condições físicas, inviabilizando receber muitas pessoas. O centro obstétrico não está adequado à RDC 36. Houve aquisição e mudança das cadeiras para o acompanhante.

12 – Januário Cicco/RN

Cogestão: Há colegiado gestor da maternidade. Participa de Fórum Perinatal Intersetorial. Este Fórum acontece regularmente, uma vez por mês, articulado com a reunião do Comitê Estadual de Mortalidade Materna e conta com a representatividade das seguintes entidades: Sociedade de Pediatria (SOPERN) e ginecologia (SOGORN), COREN, CRM, Pastoral da Criança, representantes das regionais de saúde do Estado, Secretaria Estadual e Municipal (SVS), Fórum de mulheres, dentre outras. Possui ouvidoria do Complexo Universitário, mas não possui ouvidoria interna.

Acolhimento em rede: Não há mapa de vinculação da maternidade em rede. Ainda não há central de regulação efetiva no estado, e muitas parturientes ainda peregrinam para ter acesso ao parto; A vinculação da parturiente ao serviço de referência não acontece e, muitas vezes, quando há o mapa de vinculação municipal, na prática, não há garantia do parto no município de origem e acaba-se encaminhando para outra instituição. Na MEJC, que é referência para pré-natal de alto risco, nem sempre a gestante que faz o pré-natal no serviço tem o acesso garantido à assistência ao parto, em virtude da alta demanda, podendo ser encaminhada quando não há vagas.

Acolhimento e classificação de risco: Há “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. O ACCR é feito, mas em períodos de grande demanda, acaba não sendo efetuado de forma adequada. Normalmente funciona melhor nos horários da manhã e há dificuldade de ter enfermeiros com exclusividade para a classificação, pois esses profissionais também têm que dar conta de outras

demandas no setor de emergência. Não há projeto de ACCR implementado, nem ACCR na porta de entrada da obstetrícia e neonatologia. A construção/validação de protocolos e manuais de ACR está em processo inicial.

Direito ao acompanhante e ambiência: O direito ao acompanhante está assegurado para o parto normal, mas, ainda há muita dificuldade no parto cirúrgico (cesárea). Há visita aberta. Com relação à Ambiência, para acompanhar a parturiente no puerpério, ainda faltam cadeiras e espaço físico adequado para garantir conforto e privacidade. Há proposta elaborada para adequação da ambiência.

13 – Nossa Senhora de Lourdes (MNSL)/SE

Cogestão: Há colegiado gestor da maternidade. Tem colegiado gestor ampliado, com a presença de coordenadores, gerentes, referências técnicas, superintendência e Conselho Estadual de Saúde, ocorrendo duas vezes ao mês.

Tem trabalho articulado com a Secretaria para Mulheres e movimentos sociais. Há participação no Fórum Perinatal intersetorial.

Há ouvidoria.

Acolhimento em rede: Há “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. Não há mapa de vinculação da maternidade em rede. A principal estratégia para a discussão do acolhimento em rede em Sergipe tem sido o Fórum Perinatal, onde foi elaborado o Quadro Perinatal de Sergipe em 2010. Existem, por exemplo, regionais sobrecarregadas, nem sempre a capacidade instalada de todas as regionais supre a demanda de seus municípios, tornando mais visíveis os fluxos migratórios entre as regionais. Não existe vinculação da gestante da Atenção Primária à maternidade onde terá seu parto, a visita antecipada da gestante às maternidades não acontece. Existe a intenção da MNSL em desenvolver um projeto com esse objetivo com as gestantes de alto risco, porém nenhuma ação foi iniciada.

Acolhimento e classificação de risco: A validação de protocolos e manuais de ACCR está em fase de finalização. O Protocolo de ACCR da MNSL foi elaborado e recentemente validado. O ACCR começou a ser realizado em 2012. Reformas na Admissão estão acontecendo para que, o quanto antes, o ACCR possa funcionar de forma efetiva. Como passo seguinte, vem sendo

formulado um plano de educação permanente para os trabalhadores(as) de todas as UP's sobre o assunto, além de material de divulgação para população atendida. Chama atenção a pouca participação dos obstetras na construção dessa nova proposta, que diz respeito ao próprio processo de trabalho dos mesmos.

Direito ao acompanhante e ambiência: Há visita aberta. No internamento, todas as mulheres que desejam acompanhante, inclusive do sexo masculino, estão contempladas. As principais limitações quanto à presença do acompanhante acontecem no Centro Cirúrgico (CC). Em função da superlotação e limitações estruturais (falta de espaço físico, banheiros e cadeiras, limitação na alimentação) do Pré-Parto, que fica dentro do CC, nem sempre os trabalhadores(as) permitem a entrada do acompanhante, principalmente do sexo masculino, já que tal presença, dentre outras questões, diminuiria a privacidade da gestante. Muitos trabalhadores(as) afirmaram que os acompanhantes atrapalham, são mal educados e por isso sentem-se ameaçados, julgados. Solicitaram que antes do acompanhante entrar no CC deveria estar orientado a respeito do seu papel. Essa ação tem sido protagonizada pelo Grupo de Apoio ao Visitante e Acompanhante (GAVA), formado por membros do Núcleo de Educação Permanente, do Núcleo de Apoio Técnico, trabalhadora da ouvidoria, dentre outros.

14 – Bárbara Heliadora/AC

Cogestão: O colegiado ampliado se reuniu mensalmente, desdobrando-se com a ampliação e ativação de outros espaços coletivos, como novas rodas de conversa nas unidades da maternidade.

As maternidades de Cruzeiro do Sul e Brasília vêm participando da construção do Plano de Qualificação, desde seu início, envolvendo seus trabalhadores(as), exercitando a prática de colegiado gestor.

Ressalta-se o Fórum Perinatal como dispositivo potente para organização da rede perinatal no Estado do Acre. Possibilita encontros entre agentes estratégicos na conformação da rede, proporcionando espaços de problematização e busca de soluções comuns, espaço para estabelecimento de contratos e evocar co-responsabilidades, constituindo uma rede on-line mantém ativa a veiculação de informações, dos desdobramentos de ações

definidas nos fóruns, além de produzir novos protocolos e rotinas, atualizar eventos e documentos oficiais.

Encontram-se em processo avançado: organização da estrutura de gestão da maternidade, com formação de "unidades de produção", implantação do colegiado gestor, Conselho de gestão da maternidade (ou equivalente de controle social), comitês ou grupos estratégicos para condução de processos, núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento, contrato interno de gestão, comitês ou grupos estratégicos agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação, conselho de saúde.

Acolhimento em rede e ACCR: desencadeamento de ações em rede, inclusive a sistematização de encontros entre os serviços da atenção, propiciando diálogo permanente entre os gestores(as) e trabalhadores(as) dos serviços. Destacam-se as visitas programadas das gestantes à maternidade de referência durante o pré-natal, aumentando sua vinculação desde o pré-natal com a maternidade, atualização de protocolo de pré-natal de alto risco, que foi disponibilizado para todas as unidades de saúde. Tem-se mapa de vinculação da maternidade em rede.

No que se refere ao ACCR, encontram-se em processo avançado: construção/validação de protocolos e manuais de ACCR, projeto de ACCR implementado, ACCR na porta de entrada da obstetrícia, mas não na neonatologia.

Direito a Acompanhante e Ambiência: encontram-se em processo avançado: plano de ação para implantação do acompanhante na internação, direito a acompanhante de livre escolha em toda internação e procedimentos PPP, presença da mãe em UTI e UCI neo, visita aberta, proposta elaborada para adequação de ambiência, de modo a favorecer a presença do acompanhante com privacidade e conforto.

Em todas as maternidades trabalhadas essa diretriz foi alcançada com êxito: acompanhantes de livre demanda das mulheres são uma constante na Maternidade Bárbara Heliodora, Cruzeiro do Sul e Brasília. Porém, na Maternidade do Hospital Santa Juliana, encontramos limitações na sua efetivação, considerando algumas restrições quanto à presença de acompanhantes do sexo masculino. Reuniões com a gerente da OS Pró-saúde foi realizada e o argumento da necessidade de adequações na área física posterga esta boa prática para se efetivar. Nossa estratégia é buscar junto

com a regulação rever o contrato com esta maternidade que é filantrópica e poder aprofundar a discussão com um grupo a ser constituído.

15 – Ana Braga/AM

Cogestão: No primeiro semestre de 2011, foi constituído um colegiado gestor na maternidade, onde se discutiu a proposta de implantar a visita aberta. Os trabalhadores(as) estão mais fortalecidos, especialmente, os enfermeiros que hoje estão participando do Curso de Enfermagem Obstétrica oferecido pela SES em parceria com a JICA. O Curso, apesar de não ser de formação, tem carga horária de 200 horas e está sendo um diferencial para atuação dos enfermeiros nas maternidades do Estado. Tem-se na maternidade: comitês ou grupos estratégicos locais para a condução de processos, contrato interno de gestão.

Também houve um fortalecimento do Fórum Perinatal do Amazonas, hoje com 13 reuniões realizadas, foram decididas questões importantes, tais como: a formação de um grupo de trabalho que elaborou uma minuta de revisão de contrato das cooperativas médicas, a implantação do ACCR em todas as maternidades do Estado, implantação da regulação de leitos obstétricos, acolhimento das gestantes convivendo com HIV/AIDS nas maternidades e nas duas últimas reuniões está-se discutindo e construindo a proposta da vinculação da gestante em rede.

Acolhimento em rede e ACCR: em 2010, em virtude de uma determinação da SES/AM, as duas maternidades do PQM – Balbina e Ana Braga - deveriam implantar o ACCR no mesmo período. Investimentos para implantação do ACCR: articulações com a rede, construção de protocolo, BPA, pactuações internas e externas, novas capacitações, mudança da área física, adequações da ambiência. Em abril de 2011, a maternidade começou um processo de experimentação para realizar o ACCR e, em apenas um mês da atividade, foi constatada uma redução em 40% das queixas das usuárias. Avanços: construção/validação de protocolos de ACCR, projeto de ACCR implementado, ACCR na porta de entrada em obstetrícia e

neonatologia, “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. O mapa de vinculação está configurado desde 2007/2008 .). Não há regulação de leitos obstétricos e nem visita da gestante as maternidades

Direito a Acompanhante e Ambiência: Sexo feminino (admissão/pré-parto), livre escolha (alcon), não tinha PPP em funcionamento, Presença da mãe acompanhante em UTI e UCI neo, proposta elaborada para adequação de ambiência. Em processo inicial: visita aberta.

16 – Balbina Mestrino/AM

Cogestão: Não há colegiado gestor, mas há comitês ou grupos estratégicos locais para a condução de processos, núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento. Não há ouvidoria.

Também houve um fortalecimento do Fórum Perinatal do Amazonas, hoje com 13 reuniões realizadas, foram decididas questões importantes, tais como: a formação de um grupo de trabalho que elaborou uma minuta de revisão de contrato das cooperativas médicas, a implantação do ACCR em todas as maternidades do Estado, implantação da regulação de leitos obstétricos, acolhimento das gestantes convivendo com HIV/AIDS nas maternidades e nas duas últimas reuniões estamos discutindo e construindo a proposta da vinculação da gestante em rede.

Acolhimento em rede e ACCR: Em maio de 2011, a maternidade começou a realizar o ACCR, apesar do número insuficiente de enfermeiros. Atualmente, todas as mulheres são acolhidas e quando há necessidade de transferência a própria maternidade disponibiliza o transporte. Em processo avançado: construção/validação de protocolos de ACCR, projeto de ACCR implementado, ACCR na porta de entrada em obstetrícia e neonatologia, “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs. Com mapa de vinculação em rede e protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência.

O projeto de referência e contra-referência elaborado pelos técnicos da SES e SMS começou a funcionar e atualmente as gestantes que realizam pré-natal nas UBS da área de abrangência visitam a maternidade.

Por solicitação da SES/AM, o apoiador institucional do PQM estendeu o apoio ao Instituto da Mulher Dona Lindu e este profissional tem, de acordo com a disponibilidade da agenda, atendido a outras maternidades. Ainda a pedido da SES/AM, o apoiador tem participado de todo o processo de construção da Rede Cegonha no Estado, participando do Grupo Condutor Estadual

Direito a Acompanhante e Ambiência: Não há visita aberta, mas se está em processo avançado em: plano de ação para a implantação do acompanhante na internação, direito a acompanhante de livre escolha (exceto no centro cirúrgico) em toda a internação e procedimentos PPP, presença da mãe acompanhante em UTI e UCI neo, proposta elaborada de ambiência.

17 – HM Mãe Luzia/AP

Como não foi construído relatório síntese do PQM da Mãe Luzia, os dados foram retirados do Instrumento de PM&A.

Cogestão: Há ouvidoria e processo inicial de implantação de: Reorganização da estrutura de gestão da Maternidade, com formação de “unidades de produção”; Colegiado Gestor da Maternidade; Conselho de Gestão da Maternidade (ou equivalente de Controle Social); Comitês ou grupos estratégicos locais para condução dos processos; Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento (vigilância ao óbito e outros); Contrato interno de gestão; Comitês ou grupos estratégicos, agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação e outros; Participa de Fórum Perinatal intersetorial; Conselho local de saúde.

Acolhimento e ACCR: Não houve construção/validação de protocolos e manuais de ACR; Projeto de ACR implementado. Não tem: ACR na porta de entrada da Maternidade em obstetrícia; Acolhimento a toda urgência e emergência gineco-obstétrica de acordo com a classificação de risco; Mapa de vinculação da maternidade em rede; Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência. Tem em processo inicial: ACR na porta de entrada da Maternidade em neonatologia; Adequação de ambiência. Tem: “Vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs; Acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto ou com intercorrências.

Direito a Acompanhante e Ambiência: Em processo inicial: Proposta/plano de ação para implantação do acompanhante na internação; Direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e

procedimentos (no pré-parto, parto e pós-parto); presença da mãe nos espaços de UTI e UCI neo; Visita aberta; proposta elaborada para adequação de ambiência.

18 – Imperatriz/MA

Cogestão: continuou-se a fomentar e potencializar tal diretriz, com a realização de ações/dispositivos já experimentados como as rodas internas, rodas ampliadas com a inserção de novos sujeitos, saberes e necessidades. Um fator de fortalecimento da diretriz foi a realização de rodas nos setores/unidades de produção como ambulatório, UTI e bloco cirúrgico. Um avanço muito relevante e que está impactando positivamente na assistência e cuidado foi a atuação do Comitê de Vigilância das Boas Práticas ao Parto e Nascimento. Há colegiado gestor, conselho de gestão, núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento, contrato interno de gestão, comitês e grupos estratégicos, Fórum perinatal e ouvidoria em processo inicial.

Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco: Um avanço significativo em 2011 foi a inserção do profissional técnico de enfermagem na horizontalidade da assistência. Alguns dispositivos como as rodas de conversa, oficinas de capacitação, discussão dos protocolos continuam avançando. Um desafio muito presente é a melhoria da ambiência, pois é urgente e necessária a ampliação desse espaço. A aposta está centrada no compromisso dos gestores(as) estaduais quanto ao importante investimento financeiro na maternidade a partir de janeiro de 2012. A contratação de novos profissionais, médicos obstetras para o setor é de fundamental importância para a agilização e melhoria na qualidade do atendimento. Tem: construção/validação de protocolos de manuais de ACCR; projeto de ACCR implementado; ACCR na porta de entrada da maternidade em obstetrícia, mas não em neonatologia; “vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs, acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto ou com intercorrências; acolhimento a toda urgência e emergência gineco-obstétrica de acordo com classificação de risco.

Acolhimento em Rede e Vinculação da Gestante: Para essa diretriz, houve um potente processo de articulação, que culminou na realização no dia 17/06 de 2011 do Fórum Interinstitucional sobre Atenção e Cuidado Perinatal “Imperatriz Diz Sim à Vida da Mulher que Gera Vida” com (370 participantes).

Como resultado foi constituída e legitimada a Comissão Perinatal de Imperatriz e Região, de caráter interinstitucional, multiprofissional com representantes de conselhos regionais e sindicatos de categorias profissionais, Ministério Público, Câmara Municipal de Vereadores, Secretaria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres e Sociedade civil organizada entre outros, já tem seu calendário de reuniões definido e com Regimento Interno em fase de discussão para aprovação. Constituída em 19 de outubro uma comissão técnica com integrantes da Comissão Perinatal, Comitê gestor do HRMI, PQM e Atenção Básica, para discussão e elaboração de protocolos de referência e contra referência nas Redes de Atenção Básica de Imperatriz e maternidade. Fomentada pela apoiadora a inserção das ações propostas pelo PQM nas diretrizes de Políticas Públicas para as mulheres. Construído o mapa de vinculação da maternidade em rede e processo inicial de construção do protocolo de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência.

Direito ao Acompanhante e Ambiência: Tem: proposta/plano de ação para implantação do acompanhante na internação; direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos PPP; processo inicial de visita aberta. Quanto à ambiência, foi realizada visita técnica e oficina com a participação da arquiteta PNH/MS e da supervisora do PQM, Engenheiro da SES, gestores(as) e Comitê.

19 – Marly Sarney/MA

Cogestão: continuou-se com a realização de ações/dispositivos tais como: rodas e na sua maioria com a participação dos gestores(as) e coordenadores, o que provocou grandes avanços e adesões de profissionais; nova pactuação com os gestores(as) e equipe da maternidade para implantação das diretrizes para elaboração do plano de trabalho para 2011. Iniciado rodas nos plantões noturnos por iniciativa da direção geral e clínica, com participação da apoiadora institucional; pactuações com os gestores(as) estaduais (Secretário e Secretária Adjunta dos Serviços da Rede) da SES/MA para participação nos eventos e apoio financeiro às ações do plano na maternidade; formação de GT para definição, monitoramento e divulgação dos indicadores; rodas de discussão com médicos e enfermeiros para elaboração do manual de boas práticas de atenção ao parto e nascimento; pactuação de indicadores a serem monitorados; empenho na busca de melhoria e negociação dos problemas dos

profissionais junto a SES e empresa para solução do impasse trabalhista; busca de melhoria dos espaços físicos e ouvidoria para maior desempenho das atividades.

Acolhimento e Classificação de Risco: atualização da equipe e elaboração dos protocolos; discussão da melhoria do espaço físico para acolhimento da mulher no momento da admissão; capacitação com a equipe (18 profissionais) do acolhimento nos protocolos atualizados; solicitação de novos profissionais de enfermagem para compor a escala do ACCR e repor os enfermeiros que solicitaram saída do quadro da maternidade por incompatibilidade de horário para continuação do ACCR em todos os plantões; aquisição de recursos através da articulação da apoiadora com a SES para confecção dos banners informativos. Em processo inicial de implantação do projeto de ACCR, “vaga” sempre para gestantes, puérperas e RNs, ACCR na porta de entrada em obstetrícia e neonatologia, acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto ou com intercorrências bem como a toda urgência e emergência em gineco-obstetrícia.

Acolhimento em Rede e Vinculação da Gestante: reunião e discussão da proposta na SMS para definição das atividades de retomada para implantação do Fórum Perinatal e consolidação da Comissão Perinatal. Participação nas reuniões da Comissão da SEMUS para discussão e elaboração da proposta de reorganização da atenção pré-natal, resultando: no compromisso do gestor municipal em legitimar o Fórum perinatal em São Luis, no maior número de participantes no Fórum; elaboração da proposta de reorganização da atenção pré-natal na rede, a partir do levantamento dos problemas junto às unidades de saúde; envolvimento e participação do Secretário Municipal de Saúde com o Fórum perinatal e regularidade das reuniões ordinárias; criação de comissões técnicas no Fórum para elaboração de um estudo sobre a situação da capacidade da rede municipal para o atendimento da gestante e recém-nascido, elaboração da matriz diagnóstica da Rede Cegonha e socialização na reunião do Fórum, com discussão dos indicadores. Integração das ações do plano com outros planos em realização em São Luis (integração das ações do PQM com o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres) com outras Secretarias como a Coordenadoria Municipal da Mulher, no Projeto Mulheres em Diálogo em busca da parceria para divulgação da Lei do Direito a Acompanhante. Resultados: Legitimação do Fórum perinatal com participação

de instituições de saúde, judiciárias, conselhos de direitos, conselhos de classe, sociedade científicas e realização de reuniões regulares (terceiras quartas-feiras de cada mês) e reconhecimento na comissão inter-gestora regional da necessidade de ampliação para Fórum regional. Tem mapa de vinculação da maternidade em rede.

Direito ao Acompanhante e Ambiência: atividades constantes de implementações dessas ações junto com o GTH; divulgação do trabalho das doulas e ampliação do número de doulas de 07 para 20 após mobilização e divulgação de material confeccionado. Ajuda na elaboração do material sobre orientações para acompanhante; participação no mini-curso para acompanhantes, abrangendo vários temas e atividades com as mães acompanhantes da UTI; rodas para discussão dos problemas entre trabalhadores(as) e acompanhantes. Planejamento e participação nos eventos educativos para usuárias e acompanhantes; monitoramento da presença do acompanhante; abertura para o acompanhante desde o momento do acolhimento com classificação de risco e admissão, introdução do acompanhante no parto, ampliação do horário de visita para visita aberta nas 24 h do dia, monitoramento da presença do acompanhante no momento do parto, avaliação dos relatórios das rodas com acompanhantes pelo serviço social, envolvimento do ministério público no direito ao acompanhante. Proposta elaborada para adequação da ambiência junto à arquiteta da PNH/MS, trabalhadores(as), arquitetos e engenheiros da SES, HUMI, resultando na elaboração do projeto de mudança da ambiência. Acompanhamento do processo junto a SES da aquisição de equipamentos e reforma da ambiência. Rodas para elaboração do projeto de reforma da maternidade com recurso próprio do Estado, com proposta de ampliação da UTI neonatal, construção da UTI materna e reforma do ambulatório de obstetrícia, ginecologia e pediatria, banco de leite, centro de parto e casa da gestante juntamente com a equipe da SES.

20 – HU/MA

Co-gestão: Continuidade na realização de ações/dispositivos tais como: rodas para novas pactuações das ações com os gestores(as) e trabalhadores(as); continuação do trabalho com o Grupo de Trabalho de Humanização na implantação da diretriz, algumas com a presença dos diretores do HUUFMA;

formação do GT que irá definir e monitorar os indicadores da maternidade, havendo a necessidade de se fazer novas pactuações com toda a direção em relação às ações do plano; forte apoio do GTH do HUUFMA nas ações do plano desenvolvidas na maternidade, com participação no planejamento e execução das ações. Retomada por parte da direção da maternidade das atividades do Plano, após reunião com a apoiadora e gestor para definição da posição do Hospital em relação ao plano de ação elaborado para ser desenvolvido em 2011, o que resultou em maior envolvimento da chefia com a equipe multiprofissional, continuação dos encontros dos GT para monitoramento das ações e das rodas, apesar das dificuldades encontradas no hospital, com participação dos outros gestores(as) do hospital e abertura de espaço para reunião com a apoiadora quando solicitados.

Acolhimento e Classificação de Risco: Na diretriz do ACCR, foram realizadas as seguintes ações/dispositivos: continuação com a discussão do andamento da reforma que irá incluir o melhoramento do espaço de acolhimento das usuárias, compromisso por parte da diretoria geral e financeira de apoiar a implantação do ACCR assim que a reforma for concluída. Após o curso da equipe do HSF, foram iniciadas ações de acolhimento na maternidade, gerando uma preocupação com o acolhimento pela enfermagem, encontrando alternativas para iniciar, independente do quadro de profissionais.

Acolhimento em Rede e Vinculação da Gestante: Realizada como ação/dispositivo estratégico: reunião e discussão da proposta na SMS para definição das atividades de retomada para implantação do Fórum Perinatal e consolidação da Comissão Perinatal. Foi ainda realizado um Seminário no dia 27/05 com a presença do secretário Municipal de Saúde, representante da SES e da Supervisora do PQM em comemoração ao Dia Nacional de Luta pela Saúde da Mulher e Combate à Mortalidade Materna (28/05), com ampliação da participação de profissionais. Participação nas reuniões da Comissão da SEMUS para discussão e elaboração da proposta de reorganização da atenção pré-natal, resultando: no compromisso do gestor municipal em legitimar o Fórum perinatal em São Luis; no maior número de participantes no Fórum; na elaboração da proposta de reorganização da atenção pré-natal na rede, a partir do levantamento dos problemas junto as unidades de saúde; no envolvimento e participação do Secretário Municipal de Saúde com o Fórum

perinatal e regularidade das reuniões ordinárias; na criação de comissões técnicas no Fórum para elaboração de um estudo sobre a situação da capacidade da rede municipal para o atendimento da gestante e recém-nascido e elaboração da matriz diagnóstica da Rede Cegonha e socialização na reunião do Fórum com discussão dos indicadores. Integração das ações do plano com outros planos em realização em São Luis (integração das ações do PQM com o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres), com outras Secretarias como a Coordenadoria Municipal da Mulher, no Projeto Mulheres em Diálogo em busca da parceria para divulgação da Lei do Direito a Acompanhante. Resultados: Legitimação do Fórum perinatal com participação de instituição de saúde, judiciárias, conselhos de direitos, conselhos de classe, sociedade científicas e realização de reuniões regulares (terceiras quartas-feiras de cada mês) e reconhecimento na comissão inter-gestora regional da necessidade de ampliação para Fórum regional.

Direito ao Acompanhante e Ambiência: Realização de atividades constantes pelo Núcleo de Casais Grávidos e com a equipe sobre a presença do acompanhante. Houve muita resistência da chefia da maternidade com relação à presença do acompanhante no parto e não aceitando no parto cesáreo. Continuação da centralização da liberação da entrada do acompanhante em pequeno grupo de profissionais, o que dificulta em alguns horários. Não permissão do acompanhante masculino. Presença da mãe acompanhante nos espaços de UTI e UCI neo, visita aberta, proposta elaborada para adequação de ambiência. Visita do ministério público na maternidade para conhecimento da situação do direito ao acompanhante, reforçando o apoio às discussões e trabalho da equipe. Realizada roda para planejamento da visita da arquiteta da PNH/MS e realização de uma oficina junto com a maternidade Marly Sarney. Inserção no sistema do Ministério da Saúde (GESCOM) de dois projetos de adequação de ambiência para a maternidade (obstetrícia e UTI neonatal). Continuação da reforma do hospital de forma muito lenta e pouca utilização da cama PPP pela equipe. Discussão com os gestores(as) e equipe dos investimentos previstos para a ambiência do hospital, acompanhamento pelos gestores(as) e equipe dos investimentos previstos para a ambiência do hospital no GESCON.

21- Santa Helena/MT

Cogestão: O contexto interno institucional ainda não favorece a cogestão e a comunicação, que ainda precisa ser ampliada para maior número de profissionais (especialmente, os médicos), envolvendo todos os segmentos do HSH, e da SES/MT e SMS de Cuiabá. Apesar disso, é possível observar que a Cogestão está tendo avanços, com as Rodas de Conversa que vêm sendo realizadas regularmente entre os gestores(as) e funcionários. Também foi implantada Ouvidoria no HSH. Em processo inicial de implantação do colegiado gestor da maternidade e do Fórum perinatal.

Acolhimento em rede e ACCR: Em função dos grandes desafios institucionais, reconhecemos ainda o grande avanço no sentido de o HSH ter iniciado o ACCR, apesar da Classificação de Risco limitar-se ao período matutino. Realizou-se uma grande reforma na recepção do HSH para a criação de uma central de Classificação de Risco na porta de entrada. Propõe-se buscar parcerias entre o HSH, a SES/MT e SMS de Cuiabá para disponibilizar o enfermeiro classificador 24 horas.

No que se refere ao acolhimento em rede, destaquem-se como avanços: processo inicial de construção do mapa de vinculação da maternidade em rede e de constituição do Fórum perinatal, a partir do qual pode ser discutido o desafio referente à operacionalização da rede, com aumento do grau de comunicação entre o HSH e a SES/MT e SMS de Cuiabá (com a inserção lenta de Várzea Grande) e a ampliação da escuta dos gestores(as) e profissionais diante das demandas de acesso e da organização do processo de trabalho em rede (garantia da vaga zero às gestantes).

Direito a Acompanhante e Ambiência. O hospital assinou termo de ajustamento de conduta feito entre os hospitais conveniados com o SUS, onde diz que deve ser garantido o direito de acompanhante a todas as gestantes, e o Ministério Público tem acompanhado. No entanto, na sala de parto, ainda não se conseguiu garantir integralmente, por resistência de alguns profissionais médicos. Mas, mesmo com a forte resistência médica do HSH, justificada pela superlotação e estrutura física, há o reconhecimento pela equipe da Lei que garante o Direito ao Acompanhante. Alguns profissionais, sensibilizados e comprometidos, garantem a presença do acompanhante em algumas experiências (ainda incipiente e na dependência da autorização da equipe de plantão). A equipe também tem assegurado o direito ao

acompanhante da mulher (do sexo feminino) no Alojamento Conjunto (ALCON) e livre acesso dos pais aos RNs na UTIN e UCIN (superlotadas sem estrutura adequada para o acompanhante) e do pai no momento do nascimento de seu filho. Ainda persistem as acomodações precárias para os acompanhantes nos diferentes espaços. Com: visita aberta, projeto para adequação da ambiência, plano de ação para implantação do direito a acompanhante.

Oficina de Ambiência realizada, nos dias 07 e 08/08/11, trouxe grande contribuição para o hospital pela oportunidade de reflexão sobre o tipo de prática que queremos ter na maternidade. Prática por demanda e produtividade ou prática organizada por rede, sem a lógica da produtividade, e que respeite o processo natural do parto. Também proporcionou integração dos profissionais envolvidos com a Política de Humanização do estado com a maternidade. Nesse contexto, destaca-se a garantia de recursos financeiros pelo estado de Mato Grosso para término de obra de expansão do Hospital Santa Helena, contemplando, inclusive, oito salas PPP e a ampliação da maternidade e UTIN/UCI, para dar conta dos desafios relacionados à superlotação e aos sérios problemas de estrutura física existentes no hospital.

22 – Santa Casa de Misericórdia/PA

Cogestão: Construção de espaços coletivos, por meio da realização de encontros semanais para desenvolvimento de ações e atividades de acompanhamento avaliativo do Plano. Saliente-se, ainda, o fortalecimento de espaços de pactuação e discussão com SES e SMS, na perspectiva de construção de uma rede de cuidado materno-infantil.

Em 2010, se iniciou ações em parceria com a Gestão Estadual nos Fóruns Paraenses da Rede Perinatal, apontando a necessidade urgente de estabelecimento de uma Rede de Atenção pactuada com os municípios a partir da Rede Básica.

Revisão de protocolos rotinas e práticas foram feitos através das rodas de conversas com pequenos grupos tirados dos Grupos de Trabalho, e passando sempre por avaliação e aprovação dos GTs maiores e da própria gestão. Pouco se consegue avançar nas discussões com usuários(as).

Direito a Acompanhante e ambiência: direito a acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto e parto, embora não seja ainda garantido no

puerpério, com a justificativa de que os alojamentos conjuntos não ofereciam garantia mínima de privacidade à mulher. Por esse motivo, só é permitido acompanhante do gênero feminino.

Ficou garantida a presença do acompanhante nas UCI/NEO 24 horas, porém percebe-se resistência da própria equipe em garantir esse direito. Na UTI se mantém a garantia de acompanhante 24hs, inclusive garantindo espaço para que mães vindas do interior tenham local para descanso na própria maternidade.

Um fator determinante que se percebeu com a presença do acompanhante foi a diminuição da violência institucional levando as maternidades à qualificação da assistência disponibilizada aos pacientes e seus familiares.

Há proposta elaborada para adequação de ambiência.

Acolhimento e ACCR. A Fundação Santa Casa avançou na discussão do ACCR na porta de entrada da Obstetrícia, porém ainda é um processo que vem sendo fortalecido e adaptado às especificidades regionais. Dificuldades nesse processo: ambiência, número reduzido de profissionais, necessidade de intensificar a produção de sentido junto aos profissionais e usuárias.

No que se refere ao acolhimento em rede, início do processo de implantação de Fórum perinatal. Não há mapa de vinculação da maternidade em rede nem protocolo de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência. Contribuição via maternidades no processo inicial da organização da rede de atenção materno-infantil, em articulação com atenção básica.

23 – HCGV/PA

Cogestão: Construção e experimentação de espaços de cogestão nos processos de trabalho, com presença, em alguns momentos de usuários(as) e sociedade civil organizada. Tem colegiado gestor da maternidade, conselho local de saúde e ouvidoria. Em processo inicial de implantação do Fórum perinatal e núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento.

Acolhimento em rede e ACCR: O risco é classificado no espaço PPP, uma vez que não há organização na porta de entrada. Com construção/validação de protocolos de ACCR, mas o projeto de ACCR ainda se encontra em início de processo de implantação. No que se refere ao acolhimento em rede, início do processo de implantação de Fórum perinatal. Não há mapa de vinculação da

maternidade em rede nem protocolo de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência. Contribuição via maternidades no processo inicial da organização da rede de atenção materno-infantil, em articulação com atenção básica.

Direito a acompanhante e ambiência: há plano de ação para implantação do acompanhante na internação, direito à acompanhante de livre escolha da mulher em toda a internação e procedimentos PPP, presença da mãe acompanhante nos espaços de UTI e UCI neo e proposta elaborada para adequação de ambiência. Não há visita aberta.

24 - Hospital Ary Pinheiro/RO

Co-gestão: têm ocorrido reuniões com o grupo de acompanhamento do Plano. Mas, esse grupo tem se reduzido a participação de duas pessoas que são os coordenadores de enfermagem da maternidade e do CO e UTIneo, e também da gerente de enfermagem. Tem se percebido a ausência da coordenadora médica do CO, coordenadora médica da UTIneo e da direção do hospital nas reuniões e discussões sobre os processos de trabalho no núcleo materno-infantil. Destaquem-se, ainda, reuniões para discussão do PQM e RC na SESAU-RO.

Acolhimento e Acolhimento e Classificação de Risco: elaborado o protocolo de ACCR, houve uma tentativa em se trabalhar com a classificação de risco no CO nos meses de junho e julho deste ano, mas não foi possível dar continuidade, devido à dificuldade em se manter uma escala com um profissional de enfermagem na classificação de risco. Houve uma melhora, mas ainda não é um procedimento adotado por toda a equipe do setor, ocorrendo procedimentos diferentes de atendimento e acolhimento a depender dos profissionais que estão no plantão.

Ambiência: houve uma melhora tanto no CO quanto na maternidade, como também na aparência do local, sendo realizadas pintura das paredes e exposição de quadros com gravuras alusivas à Rede Cegonha, deslocamento de equipamento de ultra-sonografia para dentro da maternidade. Esses investimentos na ambiência proporcionaram uma melhora significativa na assistência em tempo oportuno à gestante. Cadastro no SINCONV dos projetos: de Reforma do Centro Obstétrico, Construção do Centro de Parto Normal e Construção da Casa da Gestante, Puérpera e Bebê.

Vinculação da gestante: esta é uma diretriz com pouco avanço. Pois ainda não foi realizado o Fórum Perinatal. O diálogo entre o estado e os municípios quanto à rede de assistência materna infantil tem sido muito tímido.

Visita Aberta e Direito a Acompanhante: esta diretriz está funcionando e mostrando bons resultados na UTIneonatal e pediatria: livre acesso da mãe e horários ampliados de visita para outros membros da família. No CO, tem sido permitido o acompanhante apenas do sexo feminino, devido a condições de estrutura física.

25 – Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré/RR

Cogestão: Não existem grupos colegiados reunindo-se semanalmente, mas existe um GTH com a participação dos gestores(as) . Funciona nas dependências do HMI um Comitê Estadual de Óbito Materno, porém não são publicados relatórios sobre procedimentos ou recomendações aos trabalhadores(as). Convém lembrar que tal Comitê apenas funciona nas dependências da maternidade, porém não está sob sua gerência. A Diretora Geral da Instituição apóia o PQM, porém não tem poder decisório sobre muitas questões administrativas da instituição, uma vez que existe uma estrutura de centralização na SES Estadual, já que o HMI é uma instituição de gestão estadual.

Como avanços: foi constituído um espaço denominado 'Espaço do Usuário' com reuniões que acontecem diariamente no auditório da instituição. Essa atividade está 100% implementada e com boa participação da comunidade. Os resultados são positivos e contribuem com a gestão da unidade que passou a conhecer possíveis conflitos e intervir antes mesmo que as consequências ocorram. Atualmente, os funcionários já apóiam o grupo e facilitam a divulgação do mesmo.

Acolhimento e Classificação de Risco: processo inicial de implantação do ACCR. Há uma avaliação mínima de risco, porém não sistematizada, mas em processo inicial de construção/validação de protocolos e manuais de ACCR. Além disso, existe pouca articulação com a rede básica. É a única maternidade do Estado, e com isso, trabalha com o conceito de vaga zero e em alguns momentos está lotada. Não existe projeto de expansão, mas já está sendo construída uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera.

Segundo opiniões de alguns profissionais que já visitaram a maternidade, a estrutura física permite que o ACCR seja implantado sem a necessidade de reformas físicas, bastando para isso uma reestruturação do espaço físico.

Todos os funcionários que trabalham na recepção receberam treinamento e já realizaram divulgação na imprensa para informar a população quanto a implantação do ACCR.

Acolhimento em Rede/Vinculação da Gestante: Não foi implantado o fórum perinatal e a interação da rede ainda é muito incipiente, mas tem ocorrido de forma crescente. Foi implantado o projeto “Enquanto o Bebê não Chega”, o que tem resultado na aproximação entre o Estado e o município de Boa Vista. No início de 2011, as reuniões aconteciam uma vez na semana e contava com média de 05 gestantes. Já no segundo semestre, com a divulgação deste projeto nas rádios e na TV, a maternidade passou a receber cerca de 70% das mulheres (muitas delas acompanhadas de seus parceiros) para vinculação, antes do momento do parto. Nesta visita, além de conhecer todas as instalações da maternidade, as mulheres e parceiros participam das palestras sobre “aleitamento materno”, direito a acompanhante e métodos não farmacológicos de alívio da dor. Este trabalho tornou-se um estímulo aos funcionários que o realizam. Atualmente, existe maior envolvimento dos funcionários com a atividade.

Direito a Acompanhante, Visita Aberta e Ambiência: A maternidade permite a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, ainda existem algumas limitações quanto a presença de acompanhantes do sexo masculino no período de pré-parto em função de limitações estruturais. Existem processos de compra de cadeiras de acompanhantes para permitir a presença de todos os acompanhantes no horário noturno. Atualmente, existem poucas cadeiras e, por este motivo, só é permitido o acompanhante noturno para as mulheres menores de 18 anos, maiores de 60 anos, deficientes físicas ou mentais e as que foram submetidas à cesariana.

Nos berçários, a visita é aberta 24 horas para a mãe da criança. O pai e os avós podem visitar no horário normal de visita.

Vale ressaltar que o hospital já permite a presença de pais no parto cesariana.

26 – Maternidade Dona Regina Siqueira Campos/TO

As diretrizes da Cogestão, Acolhimento, Ambiência e Direito ao Acompanhante foram muito trabalhadas em 2010 e em 2011.

Cogestão: Em 2010, logo no início do Plano, foi constituído um grupo estratégico com lideranças dos trabalhadores(as), referências da humanização do parto e nascimento, coordenações das unidades que semanalmente se reúnem e vem promovendo mudanças importantes a partir da concretização das diretrizes do PQM. A constituição deste grupo já evidenciava que seria um espaço coletivo aberto com a participação de gestores(as) , trabalhadores(as) e usuários(as). Em 2011, o grupo cogestor se manteve em ação permanente contribuindo com a realização de um diagnóstico solicitado pelo grupo de transição, reafirmando seu papel como espaço coletivo de implantação do PQM.

As discussões do grupo já avançavam para a constituição do colegiado gestor da maternidade. Entretanto não foi possível sua efetivação em consequência de constante mudança na gestão, também falta de entendimento sobre esse processo de cogestão e agora entrou uma Organização Social (OS). No entanto, em recente visita da supervisão foi pactuado com a nova diretora da maternidade que é da PRÓ-SAÚDE o apoio e fortalecimento ao grupo cogestor, que vem desde o ano de 2010, conduzindo dentro da maternidade o trabalho referente às diretrizes da PNH/ PQM.

Ainda, vem sendo discutida a constituição das unidades de produção por estação do cuidado, porém será necessária qualificação de alguns representantes do grupo para trabalharem com esse dispositivo de cogestão/humanização.

Merece destaque o Fórum Perinatal constituído em novembro de 2010 e desde então vem sendo intensificadas discussões sobre a atenção humanizada e segura a mulher e a criança no Estado através das reuniões realizadas mensalmente, toda última quarta-feira do mês.

Destaque-se, ainda, o fortalecimento do comitê dos óbitos, criação da comissão entre a SESAU e maternidade para vigilância dos óbitos maternos e infantis e fortalecimento do núcleo de vigilância para melhorar a análise dos indicadores da maternidade, mudança de contrato com laboratório, revisão do processo de trabalho dos médicos, adoção de protocolos assistenciais, etc. Destaque-se também a importância do Fórum Perinatal resultando na

implantação do ambulatório de gestação de alto risco na maternidade, criação dos protocolos internos e para referência e articulação com a Atenção Básica – AB, para construção de protocolos conjuntos e que contou também com participação ativa do Ministério Público e Superintendência de Vigilância em Saúde na discussão ampla e aprofundada sobre situação da mortalidade materna e infantil no estado e novas proposições.

Acolhimento e ACCR. A diretriz acolhimento como postura ética foi muito discutida na maternidade, a partir de várias oficinas de sensibilização e de construção de ações, bem como rodas de conversas nos plantões. Contudo, mesmo após construção/validação dos protocolos, esse movimento não foi suficiente para mudar os processos de trabalho das equipes. Mesmo após a reforma da porta de entrada e garantia de sala para o ACCR, o atendimento às usuárias continua por ordem de chegada, realizado o preenchimento da ficha e encaminhado o paciente para a “sala do acolhimento”, agora foi assegurado o enfermeiro para realizar a classificação, o que antes não acontecia em consequência da falta de recursos humanos.

Direito a acompanhante e ambiência: Sobre a diretriz do direito ao acompanhante, hoje é incluído acompanhante de livre escolha da mulher para as gestantes em quase todas as estações do cuidado. Os acompanhantes de livre escolha estão entrando rotineiramente nos espaços dos leitos PPP e centro cirúrgico, inclusive nas cesáreas. Ainda permanecem iniciativas isoladas, sendo esse o maior desafio da maternidade no momento, o acolhimento dos profissionais às gestantes no centro obstétrico e realização das boas práticas preconizadas pela humanização do parto e nascimento por parte de alguns profissionais em determinados plantões. Entretanto, está garantida a presença e apoio da fisioterapia às parturientes dos leitos PPP na grade de plantões.

Em 2011, ficou definida a entrada do acompanhante do sexo feminino no alto risco, o que não estava mais ocorrendo. Foi realizada também pelo grupo a adequação da matriz de monitoramento da atenção ao parto para a maternidade Dona Regina de acordo a realidade local e também construção dos protocolos assistencial e da equipe do PPP para as boas práticas, com a inclusão na ficha de monitoramento da atenção ao parto o item sobre a presença do acompanhante no período do Pré-parto, parto e puerpério - PPP e realização de rodas de conversas no Centro Obstétrico (CO) para discussão

com a equipe sobre a importância de acompanhar, orientar e incentivar que o acompanhante colabore ativamente durante o período de permanência com a parturiente na maternidade. Ainda, são incipientes as iniciativas do parto e nascimento seguro e humanizado.

Sobre a ambiência, a discussão dos espaços, especialmente da porta de entrada foi intensa e com orientação do projeto por arquiteta da PNH resultou em mudanças significativas da sala de espera com conforto, climatização e entretenimento. Assegurados espaços próximos da entrada para o acolhimento com classificação de risco, serviço social e psicologia.

Desafios para 2012: a implantação do acolhimento com classificação de risco, a efetivação das boas práticas para o parto e nascimento em todos os plantões da maternidade, a ampliação dos leitos da UTI e UTINeo, a extensão do trabalho realizado neste serviço para as demais maternidades do estado, a exemplo do que acontecendo em Augustinópolis e Araguaína. Acrescente-se ainda a importância transformar Fórum Perinatal do Tocantins em Fórum Rede Cegonha, agenciando novos atores e fortalecendo-o ainda mais como estratégia de deliberação e pactuação de ações para a construção e consolidação da Rede no Estado e priorizar essa pauta na agenda do gestor.

ANEXO V- Informativos