



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

AUDITORIA COMO INSTRUMENTO DE INCREMENTO NA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM MUNICÍPIO
DO SUDOESTE BAIANO

KATIANE SANTANA MIRANDA

JEQUIÉ-BA
2019

KATIANE SANTANA MIRANDA

**AUDITORIA COMO INSTRUMENTO DE INCREMENTO NA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM MUNICÍPIO
DO SUDOESTE BAIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery

**JEQUIÉ-BA
2019**

M672a Miranda, Katiane Santana.

Auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência
obstétrica em um município do sudoeste baiano / Katiane Santana
Miranda.- Jequié, 2019.
76f.

(Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -
UESB, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery)

1.Auditoria Administrativa 2.Qualidade Hospitalar 3.Humanização
4.Saúde da Mulher 5.Obstetrícia I. Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia II. Título

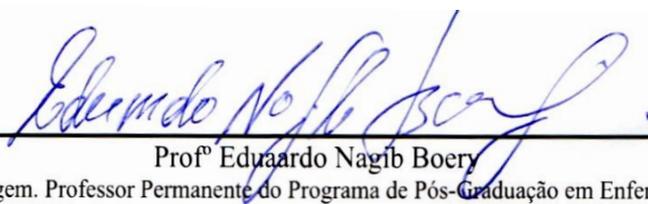
CDD – 362.173068

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

FOLHA DE APROVAÇÃO

MIRANDA, Katiane Santana. **Auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um Município do Sudoeste Baiano.** 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração Saúde Pública Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

BANCA EXAMINADORA



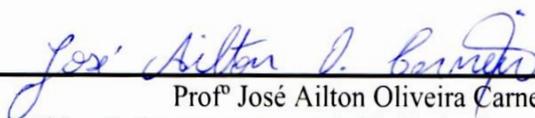
Prof^o Eduardo Nagib Boery

Doutor em Enfermagem. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Orientador e Presidente da banca examinadora



Prof^o Roseane Montargil Rocha

Pós-Doutorado em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz.



Prof^o José Ailton Oliveira Carneiro

Doutor em Clínica Médica. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Jequié (BA), 30 de Junho de 2019

MIRANDA, Katiane Santana. **Auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um município do sudoeste baiano.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia. 2019. 76p.

RESUMO

A auditoria é um processo de avaliação objetiva que desempenha papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde da mulher, e com grande potencial para detectar falhas, irregularidades e oportunidades de melhoria. Considerando a alta vulnerabilidade feminina frente a determinadas doenças e agravos, o Ministério da Saúde desenvolveu programas que deram origem, em 2004, à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Apesar do esforço, o panorama atual indica a persistência de índices indesejáveis de morte materna, gravidez na adolescência, gravidez indesejada, abortos, transmissões verticais de sífilis/HIV, parto cesáreo desnecessários, entre outros fatores. Diante do exposto, delimitou-se como objetivo geral para o estudo analisar o potencial da auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um município do sudoeste baiano. Trata-se de um estudo de intervenção que analisou dados de uma auditoria vinculada ao marco conceitual da tríade de Avedis Donabedian, realizada de agosto de 2018 à junho de 2019, em uma maternidade do município de Jaguaquara, Bahia. A coleta dos dados ocorreu de forma sistemática, conforme etapas consecutivas que compõem o processo de auditoria, a saber: fase analítica, fase operacional e elaboração do relatório final. Na fase analítica foram coletados dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD). Após essa etapa, foi realizado agendamento junto a maternidade para implementação da próxima etapa (fase operativa). Na fase operativa analisou-se a estrutura física e a assistência hospitalar, os prontuários e entrevista com as usuárias. Os resultados permitiram a elaboração dos manuscritos “Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil no interior da Bahia: uma análise temporal” e “Melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em uma maternidade do sudoeste baiano”. O processo de auditoria se mostrou como uma ferramenta que favoreceu a melhoria dos indicadores de assistência obstétrica e melhor trabalhada, visando à excelência da assistência em saúde, desse modo, consiste em importante ferramenta que pode ser implementada a fim de minimizar o quadro de morbimortalidade obstétrico.

DESCRITORES: Auditoria Administrativa, Qualidade Hospitalar, Humanização, Saúde da Mulher, Obstetrícia.

MIRANDA, Katiane Santana. **Auditing as an instrument to increase the quality of obstetric care in a southwestern Bahia municipality.** Dissertation [Master]. Post Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié – Bahia. 2019. 76p.

ABSTRACT

Auditing is an objective assessment process that plays a key role in improving the quality of women's health services, and with great potential to detect failures, irregularities, and opportunities for improvement. Considering the high female vulnerability to certain diseases and diseases, the Ministry of Health developed programs that originated, in 2004, the National Policy for Integral Attention to Women's Health. Despite the effort, the current outlook indicates the persistence of undesirable rates of maternal death, teenage pregnancy, unwanted pregnancy, miscarriages, vertical syphilis / HIV transmission, unnecessary cesarean delivery, among other factors. Given the above, it was defined as a general objective for the study to analyze the potential of auditing as an instrument to increase the quality of obstetric care in a municipality of southwestern Bahia. This is an intervention study that analyzed data from an audit linked to the conceptual framework of the Avedis Donabedian triad, conducted from August 2018 to June 2019, in a maternity hospital in Jaguaquara, Bahia. Data collection took place systematically, according to consecutive steps that make up the audit process, namely: analytical phase, operational phase and preparation of the final report. In the analytical phase, data were collected from the Live Birth Information System (SINASC), the National Register of Health Facilities (CNES) and the SUS Decentralized Hospital Information System (SIHD). After this stage, scheduling was performed with the maternity hospital to implement the next stage (operative phase). In the operative phase, the physical structure and hospital care, medical records and interviews with users were analyzed. The results allowed the elaboration of the manuscripts “Sociodemographic and obstetric profile of women of childbearing age in the interior of Bahia: a temporal analysis” and “Improvement of audit-mediated quality of obstetric care in a southwestern Bahia maternity hospital”. The audit process proved to be a tool that favored the improvement of indicators of obstetric care and better worked, aiming at the excellence of health care, thus, it is an important tool that can be implemented in order to minimize obstetric morbidity and mortality.

KEYWORDS: Administrative Audit, Hospital Quality, Humanization, Women's Health, Obstet

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CA - Comunicado da Auditoria

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 GERAL	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 AUDITORIA NO SUS.....	12
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATUAÇÃO DA AUDITORIA EM SAÚDE DA MULHER.....	13
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	16
4.2 CAMPO DO ESTUDO.....	16
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	16
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	18
4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 MANUSCRITO 01: Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil no interior da Bahia: uma análise temporal.....	21
5.2 MANUSCRITO 02: Melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em uma maternidade do sudoeste baiano.....	31
6 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	48
ANEXOS.....	73

1 INTRODUÇÃO

Os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS), acrescido do conjunto normativo do Ministério da Saúde (MS) incluem o Planejamento, o Controle, a Avaliação e a Auditoria das Ações e Serviços de Saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 1990a; 1990b; 2015).

Neste contexto, a avaliação configura-se como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do Planejamento para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

De acordo com Sistema Nacional de Auditoria (SNA), a auditoria do SUS tem como propósito contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e dos serviços públicos de saúde. Tem como foco o acesso oportuno e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos, desempenhando papel importante no controle do desperdício dos recursos públicos e colaborando para a transparência e a credibilidade dos dados e da gestão (BRASIL, 2017a).

A auditoria do SUS é uma ferramenta essencial de apoio às boas práticas da assistência e da gestão, e poucos são os entes federativos que a instituíram em seu organograma. Assim sendo, urge o cumprimento da legislação, com o estabelecimento do SNA pela direção do SUS em cada instância, de modo a corresponder com as necessidades do SUS (BRASIL, 2017b).

No que se refere a saúde da mulher, os critérios de auditoria são embasados em normatizações e programas estabelecidos pelo MS visando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência para que a maternidade seja um desfecho positivo, assistido e programado, coincidindo com a melhor condição física, instrucional, mental e financeira das usuárias (BRASIL, 2013a; 2017a; LEAL et al., 2018; MAMEDE; PRUDENCIO, 2015).

Em 1983, devido à alta vulnerabilidade feminina frente a determinadas doenças e agravos, o MS implantou o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (LEAL et al., 2018; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em junho do ano 2000, o MS considerou que a não percepção da mulher como sujeito e que o desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, e conseqüentemente, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Passados alguns anos, em 2004, o PAISM foi ampliado e transformado, culminando na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a finalidade de incluir às mulheres em todos os níveis de atenção, reconhecendo a diversidade de diferentes grupos e distintos ciclos vitais, sendo um fator relevante para melhoria e sistematização na assistência à saúde das brasileiras (BRASIL, 2004; LEAL et al., 2018).

Todavia, após anos de criação e aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, e apesar dos incontestáveis benefícios que trouxeram ao público feminino, a morbimortalidade em período fértil, sobretudo na fase gestacional, persiste como problema de saúde pública. Os índices de morbimortalidade feminina são alvos de intervenções nacionais e internacionais por ajudarem a mensurar o nível da qualidade de vida de uma determinada localidade (INAGAKI et al., 2018; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2013).

Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ainda indicam a ocorrência da mortalidade materna no Brasil. Em 2016 as principais causas de morte materna foram hipertensão gestacional (20%), complicações puerperais (18%) complicações trabalho de parto (16%) e aborto (8%) (SIM/DATASUS, 2016).

Cabe enfatizar que a mortalidade materna consiste em uma parcela do panorama referente à morbimortalidade feminina em idade fértil cuja prevenção está relacionada à qualidade da assistência reprodutiva e sexual desde a atenção básica, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral (BRASIL, 2005).

Não obstante tenha ocorrido ampliação na cobertura de assistência à saúde da mulher, dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no PHPN consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2005; MAGALHÃES et al., 2013).

Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas. Os dados também evidenciam que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna

ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido (BRASIL, 2005).

Em relação ao financiamento dos serviços públicos de assistência à gestante, observa-se um alto investimento demandado para o cuidado, o que de certa forma, contradiz ao quadro de morbimortalidade encontrado para essa população. Em 2018, das 64 milhões de mulheres em idade fértil, o SUS gastou R\$7 bilhões na assistência curativa com o processamento de 4.3 milhões de internações hospitalares atribuídas principalmente aos agravos durante gravidez, parto e puerpério (29,5%) e ao parto sem intercorrências (24,8%), seguidos das neoplasias (5,63%), doenças do sistema circulatório (4,0%), envenenamento e causas externas (3,9%), doenças infecto parasitárias (0,1%) (SIH/DATASUS, 2018).

Em dezembro de 2018 estava disponível para o SUS no componente parto e nascimento 44 mil leitos (34.373 leitos obstétricos e 9.713 leitos neonatais), a maioria distribuída no Sudeste (36%) e Nordeste (30%), com a Bahia liderando os estados nordestinos, abarcando 24% dos leitos especializados na área (2684 leitos obstétricos e 615 leitos neonatais) (TABNET/CNES, 2018).

Diante do contexto apresentado, emergiu a seguinte questão de pesquisa: qual o potencial da auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um município do sudoeste baiano?

Perante as dificuldades de efetivação das políticas públicas voltadas para o público feminino, propõe-se verificar os atributos da auditoria no monitoramento e gerenciamento das abordagens assistenciais, como instrumento para melhorar a qualidade da assistência à saúde da mulher no período gestacional, assim como, melhor otimizar os gastos investidos para atendimento dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o potencial da auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um município do sudoeste baiano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos.
- Avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AUDITORIA NO SUS

O SUS movimenta mais de 170 bilhões de reais por ano e enfrenta uma série de desafios relacionados à aplicação dos recursos públicos. Nesse contexto, a auditoria traz benefícios ao SUS ao instrumentalizar o gestor com dados sobre as fragilidades e potencialidades do serviço de saúde, municiando o seu planejamento e fomentando a adequação das políticas e das ações para o melhor atendimento à população, combate ao desperdício e a corrupção (BRASIL, 2014; 2017a).

A população brasileira é composta por 190.755.799 habitantes, sendo que as mulheres representam 51,03% desta população (IBGE, 2010). As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente e constituem as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2017). Notoriamente, os índices de morbimortalidade feminina são alvos de intervenções nacionais e internacionais por refletirem o nível da qualidade de vida de uma determinada localidade (INAGAKI et al., 2018).

A auditoria desempenha papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços, incluindo os que ofertam assistência em saúde da mulher, com grande potencial para detectar falhas, irregularidades e oportunidades de melhoria, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados, abrange a verificar a execução das ações e serviços de saúde quanto aos aspectos orçamentário, operacional, patrimonial, além de analisar a conformidade do gasto, bem como dos processos e resultados (BRASIL, 2014; 2017a; 2017b).

Auditar é um processo de avaliação objetiva, feita comparando-se uma situação real com uma situação ideal, chamada de critério de auditoria. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a modelos e/ou normatizações previamente definidos por leis, normas e padrões (BRASIL, 2014).

A atividade de auditoria no âmbito do SNA está subdividida nas fases analítica, operacional e de relatório. A auditoria analítica baseia-se no desenvolvimento de atividades que têm por objetivo análises dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, assim como informações locais, tais como contratos. É voltada para a avaliação quantitativa e diagnóstico do objeto em questão, permitindo um melhor planejamento da fase operativa (BRASIL, 2014; 2015).

Essa fase é findada com a elaboração do relatório analítico, instrumentos de inspeção *in locu* e o Comunicado da Auditoria (CA). O CA é enviado a instituição auditada informado o escopo, os membros componentes da auditoria, data, prazo, logística de atuação, bem como solicitação de disponibilidade de documentos e espaço físico apropriado para as análises (BRASIL, 2015).

A auditoria operacional consiste na realização de atividades programadas na instituição auditada para comparação dos dados analíticos. A essência dessa fase é a busca de evidências que permitem ao auditor formar convicção sobre os fatos para elaboração do relatório preliminar, identificando possíveis irregularidades, com direcionamento aos responsáveis, e estabelecimento de prazos para efetivação do atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho do auditado (BRASIL, 2014; 2015).

O Relatório da Auditoria é o documento final, formal e técnico que tem por alvo relatar os fatos observados dos dados obtidos, inconformidades detectadas e o desempenho do auditado para prevenção e correção (BRASIL, 2014; 2015).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATUAÇÃO DA AUDITORIA EM SAÚDE DA MULHER

No Brasil a sistematização da saúde da mulher surgiu em 1983, antes da criação do SUS, com o PAISM. O programa, numa concepção inovadora, superou a perspectiva materno-infantil e as práticas natalistas ao inserir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e de responsabilidade do Estado, antecipando em uma década as formulações pactuadas nas conferências do Cairo e Beijing (LEAL et al., 2018).

Em 2004, o PAISM ganha status de PNAISM, ao incluir todos os grupos de mulheres em todos os níveis de atuação do ciclo vital, contemplando brancas, negras, indígenas e ruralistas com acesso ao planejamento familiar; atenção obstétrica, a prevenção e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis; diagnóstico precoce do câncer de mama, prevenção do câncer de colo de útero e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013; LEAL et al., 2018).

A cobertura da atenção à saúde reprodutiva e sexual foi progressivamente potencializada com adesão a novas estratégias, incorporação a pactos internacionais e

aprimoramento de programas, refletindo em incontestáveis melhorias nos indicadores de saúde da mulher (LEAL et al., 2018; MAMEDE; PRUDENCIO, 2015).

Em 2006, embasada nos objetivos do milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS), a redução da mortalidade materna esteve entre as seis ações prioritárias no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013).

Em 2011 a criação da Rede Cegonha pelo MS preconizou práticas de humanização do cuidado e da qualificação dos profissionais de saúde, para garantir acesso, acolhimento, e resolutividade na atenção ao parto e nascimento, e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011; KOPERECK et al., 2018; SILVA et al., 2018).

Também em 2011, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o MS criaram o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, no qual foi garantido o direito à saúde na gravidez com a realização de pré-natal, parto e pós-parto de qualidade. Ainda são reservados a mulher os direitos trabalhistas e sociais, garantindo a manutenção do emprego. Além disso, as mulheres têm direito ao Cartão da Gestante, onde são registradas todas as informações sobre o estado de saúde da mãe durante o ciclo gravídico-puerperal (SILVA et al., 2018).

Outras ações importantes para PNAISM foi o Plano de Enfrentamento à Feminização das DST/HIV/Aids em 2015. Em 2016, a OMS lançou um conjunto de diretrizes para melhorias e ampliação dos serviços de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis, principalmente com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a sífilis, estabelecendo critérios para a eliminação progressiva da transmissão vertical, na perspectiva de zerar o HIV em 2020 e a sífilis em 2030 (MAMEDE; PRUDENCIO, 2015; SILVA et al., 2018).

Em 2017 o lançamento das Diretrizes Nacionais sobre a realização de Cesarianas e do Parto Normal reafirmam a humanização da assistência (SILVA et al., 2018; KOPERECK et al., 2018).

Integralizando a assistência às mulheres somam-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Bolsa Família, Programa Mais Médicos, Políticas de Atenção Integral à População Negra, às Pessoas com Deficiência, à População Indígena, à População LGBT, de Saúde Mental, dos Trabalhadores/as, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, enfim, políticas e estratégias específicas que reconhecem a diversidade e buscam dar respostas adequadas para um atendimento de qualidade às brasileiras (INAGAKI et al., 2018; SILVA et al., 2018).

O desenvolvimento e o aprimoramento desses programas e políticas públicas tiveram importante papel na organização dos sistemas de saúde de modo a se refletirem na melhoria dos indicadores de saúde da mulher. Entretanto esses avanços alcançados não equalizam com

os investimentos e nem condizem com os resultados propostos, ressaltando que tão importante quanto a implantação da política e das novas estratégias deve-se proceder o controle das ações e dos serviços de saúde, para verificar conformidade com os padrões estabelecidos e detectar, em período tempestivo, situações que exijam correções (BRASIL, 2013; 2017).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção que analisou dados resultantes de uma auditoria em saúde embasada pelo marco conceitual da avaliação da qualidade da assistência da tríade de Avedis Donabedian (estrutura, processo e resultado) (BRASIL, 2011).

Para Donabedian os sistemas deveriam ser analisados levando consideração três aspectos: 1) estrutura; 2) processo; e 3) resultado. Portanto, ao avaliar a estrutura, verifica-se os recursos humanos ou materiais necessários para a provisão do cuidado. No que se refere ao processo, deve-se analisar as práticas dos diversos profissionais envolvidos e se elas estão coerentes com padrões determinados de conduta. A etapa da análise dos resultados, avalia-se os efeitos da prática (DONABEDIAN, 2005).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Jaguaquara, que está situado na região sudoeste da Bahia, composta por uma população de 51.011 habitantes, sendo a maior parte constituída por mulheres, das quais mais de 62% estão em idade fértil (IBGE, 2010).

O município possui uma maternidade, local onde foi realizada a etapa de intervenção, que processa pelo SUS mensalmente 110 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) obstétricas de risco habitual, perfazendo o valor de R\$ 70.446,20. Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), é uma instituição filantrópica que disponibiliza para atendimento do SUS uma sala de pré-parto com 3 leitos, 1 sala de parto, 1 centro cirúrgico e 20 leitos de alojamento conjunto.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo mulheres em idade fértil, que tiveram atendimento obstétrico na maternidade filantrópica do município de Jaguaquara entre os anos de janeiro de 2018 a abril de 2019, com consequente emissão de AIH. Foram excluídos do estudo os casos que não tiveram emissão de AIH.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como trata-se de um estudo de intervenção que propôs-se analisar o potencial da auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica, a coleta dos dados ocorreu de forma sistemática, conforme etapas consecutivas que compõem o processo de auditoria, a saber: fase analítica, fase operacional e elaboração do relatório final.

4.4.1 Fase Analítica

Essa fase foi realizada de agosto à setembro de 2018, e consistiu no período pré-intervenção, com levantamento e organização das informações sobre o serviço onde foi realizada a auditoria, assim como, confecção dos instrumentos para coleta dos dados. Desse modo, por intermédio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado no DATASUS, foi possível coletar dados referentes ao perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil no município de Jaguaquara. A coleta de dados sobre o estabelecimento auditado foi realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Também foi extraído do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD), espelho das AIH's de partos e intercorrências obstétricas processados em Jaguaquara entre janeiro a março 2018 com convergência daquelas como o mesmo número do cartão nacional de Saúde (CNS). De posse desses dados, foi realizado agendamento junto a gestão da maternidade para implementação da próxima etapa (fase operativa), com solicitação da disponibilização dos documentos e profissionais necessários para o processo.

4.4.2 Fase Operativa

A fase operativa consiste na fase prática, cujo o produto é o relatório preliminar com descrição das constatações iniciais da auditoria e a notificação do auditado das inconformidades detectadas com prazos para justificativas, adequações e correções, antes da verificação final. Com adendo da participação social no processo, as visitas in loco foram acompanhadas por membro do Conselho Municipal de Saúde.

Nessa etapa foram utilizados três instrumentos. A análise da estrutura e da assistência hospitalar foi embasada nas diretrizes da Portaria GM/MS nº1459 de 2001 – Rede Cegonha,

conforme Contrato 001/2018 firmado entre instituição e Secretária Municipal de Saúde (APÊNDICE A).

A auditoria dos prontuários foi realizada por um questionário confeccionado na auditoria municipal norteado pelo instrumento utilizado no inquérito nacional sobre o parto e o nascimento, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), intitulada “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2011) (APÊNDICE B).

Para o levantamento de dados junto as puérperas foi empregado instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, acrescidas de questões referentes ao parto (APÊNDICE C).

Após aplicação desses questionários, foi emitido relatório preliminar com sugestões para adaptações e melhoramentos, assim como, estabelecimento de prazo para efetivação dessas ações. Posteriormente, de janeiro a junho de 2019, foi executada a fase de pós-intervenção, quando a equipe de auditoria retornou ao serviço para verificar se houve reparo dos aspectos sinalizados como irregulares ou que poderiam ser melhorados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

No primeiro manuscrito, os dados coletados do SINASC referentes aos anos de 2008 a 2017, foram tabulados e organizados no programa Microsoft Office Excel 2007 e, posteriormente, transferidos e processados no software *Statistical Package for Social Sciences* para Windows (SPSS), versão 22.0, o que possibilitou a apresentação por meio de frequências relativas e absolutas, e as tendências lineares por meios das equações da reta e coeficientes de determinação (R²).

No segundo manuscrito, no qual foi comparado a qualidade dos atendimentos antes e pós-intervenção, avaliou-se os padrões de conformidade nas seguintes categorias: qualidade da assistência (três indicadores= 12 pontos), qualidade da informação (dois indicadores= 4 pontos), gestão clínica (seis indicadores= 22 pontos) e humanização (cinco indicadores= 32 pontos).

O somatório dos indicadores pontua a alíquota alcançada por cada categoria, a soma dos valores de todas as categorias consiste no percentual geral alcançado pela instituição (70 pontos [100%]) e destina-se a avaliar o desempenho da Unidade no cumprimento das metas, sendo classificadas de acordo com escore em ruim (até 50%), regular (entre 51% e 70%), bom (entre 70% e 90%) e ótimo (acima de 91%).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A realização do estudo foi autorizada pela secretaria de saúde do município de Jaguaquara, mediante respaldo com termo de compromisso para utilização de dados em prontuário (ANEXO A). Ademais, o desenvolvimento do estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob número de CAAE 09423318.1.0000.0055 e parecer 3.461.281 (ANEXO B).

Para as puérperas que participaram da entrevista, foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) para aqueles com idade maior que 18 anos, e para aquelas menor de idade, foi solicitado assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) por responsável legal. Ambos foram assinados em duas vias, ficando uma via com equipe pesquisadora e a outra com a participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados em forma de dois manuscritos, de modo que cada um deles respondeu, respectivamente, os objetivos específicos, e serão submetidos a periódicos escolhidos para as submissões.

Com intenção de contemplar o objetivo identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos, foi construído o manuscrito “Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil no interior da Bahia: uma análise temporal”, o qual será submetido para avaliação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Para responder o objetivo avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano, elaborou-se o manuscrito “Melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em uma maternidade do sudoeste baiano”, o qual será submetido a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

5.1 MANUSCRITO 01

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO INTERIOR DA BAHIA: UMA ANÁLISE TEMPORAL**SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE OF WOMEN IN FERTILITY IN THE INTERIOR OF BAHIA: A TEMPORARY ANALYSIS****Katiane Santana Miranda, Eduardo Nagib Boery****RESUMO**

As mulheres em idade fértil (MIF), correspondem a 65,82% do total da população feminina, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. Assim, objetiva-se identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos. Trata-se de um estudo ecológico do tipo série temporal, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Este estudo evidenciou, um perfil sociodemográfico e obstétrico caracterizado por mulheres na faixa etária 20 a 29 anos, com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, de gestação única, parto vaginal, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Ademais, destaca-se uma tendência linear de redução do número de mulheres que deram a luz com 37 semanas ou mais, e também de redução acentuada para os partos normais (i.e. vaginais). Conclui-se que o perfil evidenciado é similar as demais regiões do país e as tendências avaliadas carecem de uma atenção dos profissionais de saúde, no intuito de desenvolver estratégias que permitam intervir sobre tal situação.

Palavra-chave: Obstetrícia; saúde da mulher; sistemas de saúde

ABSTRACT

Women of childbearing age (MIF) correspond to 65.82% of the total female population, representing an important social segment for the elaboration of health policies. Thus, the objective is to identify the sociodemographic and obstetric profile of women of childbearing age in a municipality in southwest Bahia, in a 10-year time series. It is an ecological study of the time series type, using secondary data from the Live Birth Information System (SINASC). This study showed a sociodemographic and obstetric profile characterized by women aged 20 to 29 years, with 8 to 11 years of schooling, unmarried, of race / brown color, with gestational age of 37 weeks or more, of single gestation, vaginal delivery, performing 1 to 5 prenatal consultations and with their RN of normal weight. In addition, there is a linear trend of reducing the number of women who gave birth at 37 weeks or more, and also a marked reduction in normal (i.e. vaginal) deliveries. It is concluded that the profile evidenced is similar to the other regions of the country and the trends evaluated need attention of the health professionals, in order to develop strategies to intervene on such situation.

Keywords: Obstetrics; women's health; health systems

INTRODUÇÃO

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2015, a população brasileira era composta predominantemente por mulheres (51,47%), sendo elas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2011), por frequentarem os serviços de saúde para atendimento próprio, mas sobretudo, para o acompanhando de crianças e outros familiares.

Entre essas mulheres, as consideradas em idade fértil (MIF), correspondem a 65,82% do total da população feminina, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (IBGE, 2016). Na Bahia são 4.878.502 MIF, correspondendo a 63,4% de todas as baianas no ano de 2015 (IBGE, 2015). Segundo a definição internacional, MIF é aquela que se encontra na faixa etária de 15 a 49 anos (PARKER et al., 2013), porém no Brasil, considera-se a faixa entre 10 a 49 anos.

Dada a vultuosa contribuição das MIF para a composição populacional brasileira, a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, sendo que cerca de 98% deles acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. No estado da Bahia, no ano de 2017, foram 204.096 nascidos vivos, sendo essa a maior estimativa da região nordeste (BRASIL, 2017a). Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia parcela significativa da população brasileira, e principalmente na região nordeste do país, considerando as famílias e o seu meio social (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, conhecer o perfil de mulheres atendidas em um município do interior da Bahia, pode relevar fatores importantes para investigação. Ademais, a inclusão de uma perspectiva temporal, pode evidenciar padrões estatísticos para potencial intervenção por meio de políticas públicas de saúde.

Assim, objetiva-se identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico do tipo série temporal, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) por meio do DataSUS. O SINASC foi criado em 1990 com o intuito de monitorar as características relacionadas à assistência à gestação, ao parto e puerpério.

No ambiente do SINASC foram escolhidos apenas dados das mulheres residentes no município de Jaguaquara-BA, no período de 10 anos (2008 e 2017). No conteúdo da coluna,

selecionou-se o ano e na linha as demais variáveis. Neste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis para análise:

- Dados da mãe: idade, instrução, raça/cor e estado civil;
- Gestação e parto: idade gestacional, tipo de parto e gravidez, consulta pré-natal e peso do Rn ao nascer.

Os dados foram apresentados por meio de frequências relativas e absolutas, e as tendências lineares por meios das equações da reta e coeficientes de determinação (R^2). Por tratar-se de um estudo com dados secundários e de domínio público, não foi necessário submissão ao comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Com acesso aos dados do SINASC foi possível evidenciar que dentro da série histórica avaliada, prevaleceram mulheres com idade de 20 a 29 anos (50,87%), com 8 a 11 anos de escolaridade (42,74%), solteiras (59,72%), de raça/cor parda (83,55%), como mostrado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das parturientes de Jaguaquara no período de 2008-2017.

	n	%
Idade da mãe		
10 a 19	2031	25,62
20 a 29	4032	50,87
30 a 39	1699	21,44
40 a 49	164	2,07
Instrução da mãe		
Nenhuma	187	2,36
1 a 3 anos	548	6,91
4 a 7 anos	2387	30,11
8 a 11 anos	3388	42,74
12 anos e mais	906	11,43
Ignorado	511	6,45

Estado Civil		
Sem Companheiro	4769	60,16
Com Companheiro	2852	35,98
Ignorado	306	3,86
Raça/cor		
Não pardas	1030	12,99
Parda	6623	83,55
Ignorado	274	3,46

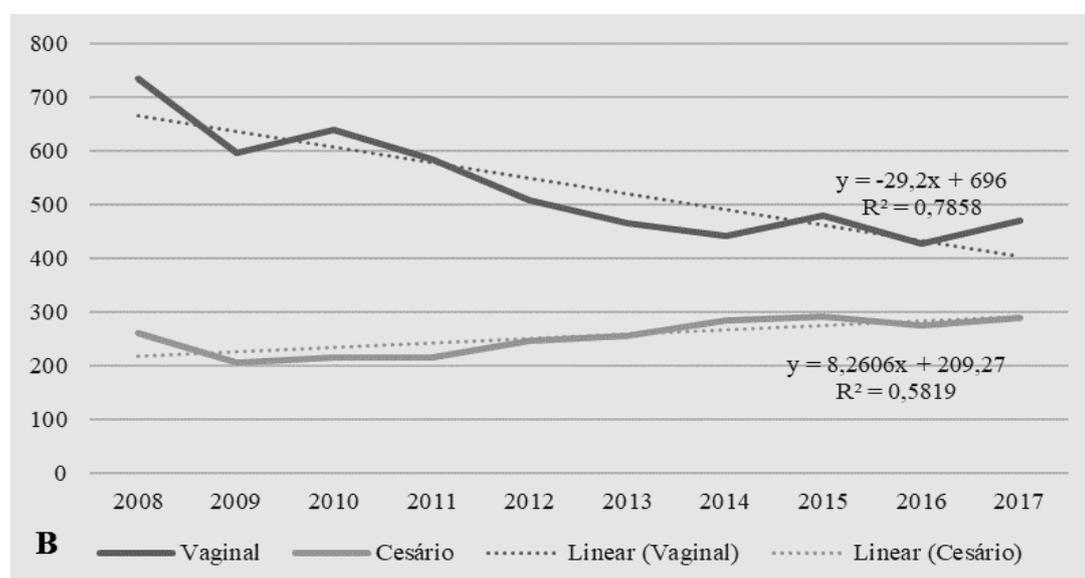
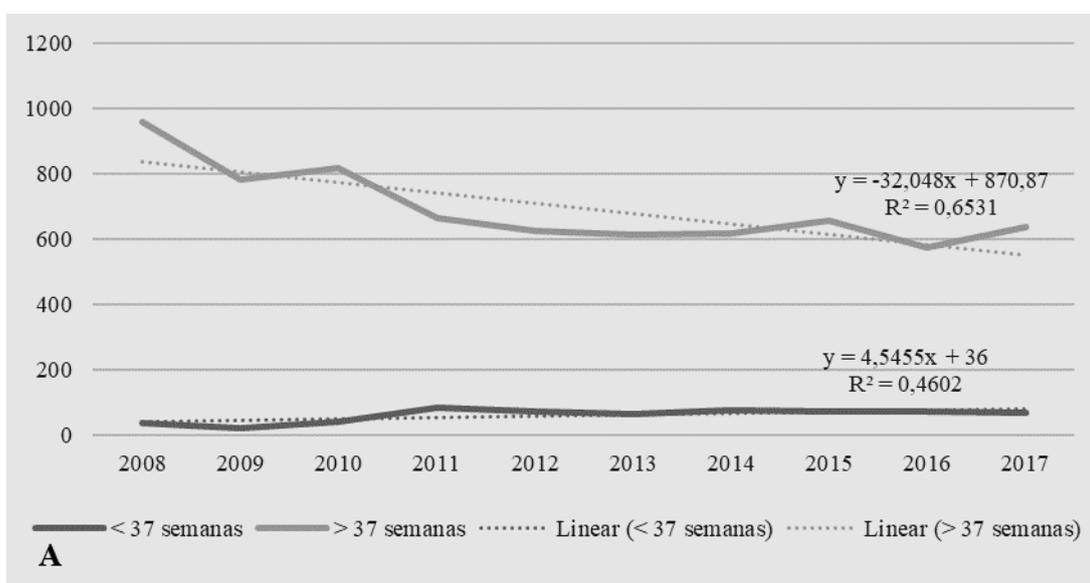
Com relação aos aspectos obstétricos, a tabela 2 evidencia predominância de mulheres com idade gestacional de 37 semanas ou mais (87,62%), de gestação única (97,99%), parto vaginal (67,54%), com 1 a 5 consultas pré-natal (54,65%) e com Rn de peso normal (92,46%).

Tabela 2. Caracterização de aspectos obstétricos e ginecológicos de mulheres de Jaguaquara no período de 2008-2017.

	n	%
Idade gestacional		
menos de 37	610	7,70
37 ou mais	6946	87,62
Ignorado	371	4,68
Tipo de gravidez		
Única	7768	97,99
Múltipla	139	1,75
Ignorada	20	0,25
Tipo de parto		
Vaginal	5354	67,54
Cesário	2547	32,13
Ignorado	26	0,33
Consultas pré-natal		
Nenhuma	261	3,29
1 a 5 consultas	4332	54,65
6 ou mais consultas	3225	40,68
Ignorado	109	1,38
Peso ao nascer		
Baixo peso	590	7,44
Peso normal	7329	92,46
Ignorado	8	0,10

Por meio da análise de tendência temporal, nota-se que os partos com 37 semanas ou mais mostraram uma tendência linear de redução ($\alpha = -32,05$), oscilando de 959 casos em 2008 a 639 em 2017, enquanto os < 37 semanas mantiveram-se constantes ao longo do tempo, sugerindo uma tendência estacionária ($\alpha = 4,54$) (A). Para aos tipos de parto, evidencia-se uma tendência linear de redução ($\alpha = -29,20$) para os normais (i.e. vaginais), oscilando de 735 a 470, respectivamente em 2008 e 2017, e consequente aumento nos partos cesáreos ($\alpha = 8,26$) (B).

No que concerne as consultas de pré-natal houve uma tendência decrescente para realização de menos de 6 consultas (inadequação pré-natal) ($\alpha = -32,81$), sendo que entre os anos de 2013 e 2014 percebe-se um ponto de intercessão das retas, ponto no qual a adequação pré-natal supera a inadequação (C).



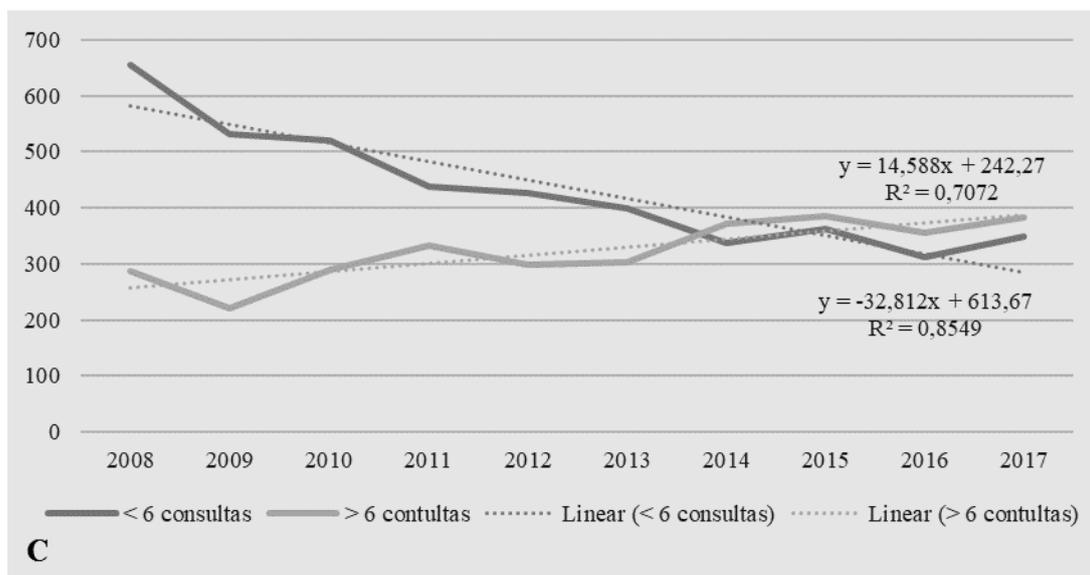


Figura 1. Análise de tendência temporal (2008-2017) para a idade gestacional, tipo de parto e consultas pré-natal. Jaguaquara-BA.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou, em uma série histórica de 10 anos, um perfil sociodemográfico e obstétrico caracterizado por mulheres na faixa etária 20 a 29 anos, com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda idade gestacional de 37 semanas ou mais (87,62%), de gestação única, parto vaginal, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Tal perfil evidenciado é similar a diferentes estudos realizados nos pais (ANJOS; BOING, 2016; LANSKY et al., 2014; VELHO et al., 2019).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que no município estudado, no período de 10 anos, a proporção de gestantes que não realizou sete ou mais consultas pré-natal foi de 54,65%. Tal achado mostra-se digno de preocupação, uma vez que a importância da atenção pré-natal para a saúde materna reside na sua capacidade de detectar estados pré-clínicos ou mórbidos precoces em mulheres grávidas e a oportunidade de promoção da saúde que ela permite (OYERINDE, 2013). Essa inadequação no acompanhamento pode levar a complicações ou mesmo a um nível de desconhecimento dos aspectos obstétricos que favorece a escolha de um parto cesáreo em detrimento do normal, no intuito de dirimir riscos não conhecidos.

Ressalta-se, todavia, que a análise temporal evidenciou, uma tendência crescente para a adequação pré-natal. Nesse sentido, por meio de um pré-natal de qualidade é possível reduzir a morbimortalidade materno-infantil (BARBEIRO et al., 2015; TOMASI et al., 2017). Por meio da identificação do risco gestacional é possível prestar orientação e os

encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez, como, por exemplo, a “escolha” do tipo de parto e avaliação da idade gestacional (ANJOS; BOING, 2016).

O Brasil tem a maior taxa de cesárea do mundo, onde 57% de todos os nascidos vivos e quase 90% entre as mulheres que recebem cuidados de saúde privados durante o parto em 2013, foram submetidos a tal procedimento (DOMINGUES et al., 2014), sugerindo que muitas são por razões não médicas. Cerca de 45% das mães de baixo risco sem complicações obstétricas, que deram à luz bebês saudáveis, tiveram cesarianas, podendo ter optado pelo parto normal (LEAL et al., 2014). Os dados desta pesquisa deixam essa dicotomia (normal x cesáreo) bem explícita, uma vez que apesar de os partos normais serem os mais prevalentes, os cesáreos apresentam tendência linear de crescimento.

Parece que as cesáreas são vistas como mais seguras, mais práticas, menos dolorosas e mais convenientes (já que se pode estabelecer uma data predeterminada) e trazem mais retorno financeiro às instituições. Ademais, a falta de informação e/ou o recebimento de informação equivocada contribuem para que a gestante desconheça as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há indicação para realização de parto cirúrgico (BARBOSA et al., 2017; LEAL et al., 2014; SOUZA et al., 2010).

O imponente aumento das taxas de cesárea no Brasil teve repercussões em todo o sistema de saúde. Primeiramente, os serviços de saúde tiveram que se adaptar para fornecer a estrutura e a equipe exigida pelo número crescente de cirurgias (BITTENCOURT et al., 2014; VELHO et al., 2019). Em segundo lugar, o custo dos cuidados de saúde foi afetado, dado que os partos cesáreos são 40% mais caros do que os partos vaginais. Assim, salienta-se que quando forem alcançados os níveis de cesárea recomendados pela OMS, haveria uma redução potencial de R\$ 57,7 milhões nos gastos em saúde (DALMORO et al., 2018; ENTRINGER et al., 2019).

Se observado atentamente a elevação no número de cesáreas pode ter por causa ou consequência a prematuridade. A taxa de nascimentos prematuros vem aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Isto constitui um desafio significativo para a saúde pública devido aos níveis mais elevados de morbidade e mortalidade e aos efeitos na saúde a longo prazo associados ao parto prematuro (LEAL et al., 2016).

Um estudo que avaliou os fatores de risco para o nascimento prematuro em países com diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH), encontraram uma associação entre o nascimento prematuro espontâneo e condições sociais mais baixas. Os autores também foram capazes de mostrar que as taxas gerais de nascimento prematuro não estavam relacionadas aos IDHs, mas que a prematuridade iniciada pelo provedor do cuidado era mais frequente em

países com índices mais altos (MORISAKI et al., 2014). No Brasil, o nascimento prematuro iniciado pelo profissional de saúde é mais comum no sudeste, a região com o maior IDH do país, e também nas capitais (BITTENCOURT et al., 2014).

Salienta-se que a avaliação de dados de fonte secundária (sistema de informações) está susceptível a viés de informação, uma vez que, nem sempre a qualidade dos registros pode ser atestada e dados podem ser omitidos. Todavia, o SINASC tem por fonte dos seus dados um documento de notificação obrigatória (i.e. declaração de nascidos vivos), o que, em certa medida, reduz a omissão de informações e permite análises mais completas.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se, na série histórica de 10 anos, um perfil sociodemográfico e obstétrico formado por adultas jovens (20 a 29 anos), com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, de gestação única, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Ademais, destaca uma tendência linear de redução do número de mulheres que deram a luz com 37 semanas ou mais, e também de redução acentuada para os partos normais (i.e. vaginais).

Com a observação dos resultados nota-se a eminente necessidade de intervenções capazes de modificar as tendências prejudiciais aqui evidenciadas (inadequação pré-natal, aumenta de partos cesáreos e prematuros) no intuito de propiciar melhores condições de saúde as mulheres em idade fértil.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, J. C. dos; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.4, p.835-850, dez. 2016.
- BARBEIRO, F. M. dos S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.0, 2015.
- BARBOSA, E. M. et al. Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.18, n.2, p.227, 13 jun. 2017.
- BITTENCOURT, S. D. de A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.suppl 1, p.S208–S219, ago. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 17 jul. 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: [s.n.].
- DALMORO, C. et al. Normal delivery and cesarean section: cost per brazilian regions, 2015. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.64, n.11, p.1045-1049, nov. 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.suppl 1, p.S101–S116, ago. 2014.
- ENTRINGER, A. P. et al. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1527-1536, 2 maio 2019.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacional**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 17 jul. 2019.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: [s.n.].
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. suppl 1, p.S192–S207, ago. 2014.
- LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.
- LEAL, M. do C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v.13, n.S3, p.127, 17 out. 2016.
- MORISAKI, N. et al. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.121, p.101-109, mar. 2014.
- OYERINDE, K. Can Antenatal Care Result in Significant Maternal Mortality Reduction in Developing Countries? **Journal of Community Medicine & Health Education**, v.03, n.01,

2013.

PARKER, J. et al. Adjusting National Health and Nutrition Examination Survey sample weights for women of childbearing age. **Vital Health Stat**, v.2, n.157, 2013.

SOUZA, J. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v.8, n.1, p.71, 10 dez. 2010.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.3, 2017.

VELHO, M. B. et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.3, 25 mar. 2019.

5.2 MANUSCRITO 02

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA MEDIADA POR
AUDITORIA EM UMA MATERNIDADE DO SUDOESTE BAIANO****OBSTETRIC ASSISTANCE QUALITY IMPROVEMENT MEDIATE BY AUDIT IN
A MATERNITYOF SOUTHWESTBAHIA**

Katiane Santana Miranda, Eduardo Nagib Boery

RESUMO

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a auditoria é um instrumento de gestão que pode contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde. Assim este estudo objetiva avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano. Trata-se de estudo epidemiológico de caráter exploratório, que analisou dados de uma auditoria em saúde de uma maternidade de risco habitual, filantrópica no sudoeste da Bahia. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de roteiros de inspeção, avaliando padrões de conformidade nas seguintes categorias: qualidade da assistência e da informação, gestão clínica e humanização. Evidenciou melhoria dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica em uma maternidade do sudoeste baiano, com destaque aos indicadores de gestão clínica e humanização que foram incrementados em mais de 100%.

Palavras-chave: Auditoria; Maternidade; Qualidade da assistência

ABSTRACT

To strengthen the Unified Health System (SUS), auditing is a management tool that can contribute to the allocation and proper use of resources, ensuring access and quality of health care. Thus, this study aimed to evaluate the improvement of the quality of obstetric care mediated by health audit in a municipality of southwestern Bahia. This is an exploratory epidemiological study that analyzed data from a health audit of a usual philanthropic risk maternity hospital in southwestern Bahia. Data collection was performed through the application of inspection scripts, evaluating compliance standards in the following categories: quality of care and information, clinical management and humanization. There was an improvement in the quality indicators of obstetric care in a maternity hospital in southwestern Bahia, with emphasis on the indicators of clinical management and humanization that were increased by over 100%.

Keywords: Audit; Maternity; Quality of care

INTRODUÇÃO

Os serviços de maternidade são geralmente oferecidos em diversos ambientes, incluindo a comunidade e os hospitais, cobrindo três fases de cuidados: pré-natais, intranatais e pós-natais (NAO, 2013). Embora tenha havido um aumento na complexidade social e clínica nos serviços de maternidade, a maioria das mulheres tende a ser saudável sem morbidades ou complicações, fato que pode possibilitar um cuidado de melhor qualidade, que pode ser assegurado e verificado de diversas formas, como por meio de auditoria em saúde (TONIDANDEL et al., 2014; TRACY et al., 2014; VAUGHAN; CLEARY; MURPHY, 2014).

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a auditoria é um instrumento de gestão que pode contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Conceitualmente é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, processos, atividades, desempenho e os resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (BRASIL, 2017a).

No contexto do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (BRASIL, 2017), a auditoria é um processo sistemático estruturado em etapas consecutivas, caracterizada pelo planejamento (fase analítica), Comunicado da Auditoria, execução (fase operacional), Relatório Preliminar, prazo para correções e justificativas documentadas do auditado e Relatório final.

Especificamente no campo da assistência obstétrica indicadores de qualidade da assistência (como a redução da mortalidade), da informação (registro adequado), de gestão clínica (ambiência adequada) e da humanização (como realização de manobras desnecessárias), são de grande relevância social, uma vez que as mulheres em idade fértil são maioria da população feminina brasileira 65,82% (IBGE, 2016).

Assim este estudo objetiva avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano

MÉTODO

Caracterização do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico de caráter exploratório, que analisou dados da Auditoria em saúde vinculada ao marco conceitual da avaliação da qualidade da assistência da tríade de Avedis Donabedian (estrutura, processo e resultado) (BRASIL, 2011).

De acordo com Donabedianos sistemas deveriam ser analisados em três áreas distintas: 1) estrutura; 2) processo; e 3) resultado. Assim, ao avaliar a estrutura, analisa-se os recursos humanos ou materiais necessários para a provisão do cuidado. No processo, deve-se analisar as práticas dos diversos profissionais envolvidos e se elas estão em conformidade com padrões determinados de conduta e, através da análise dos resultados, avalia-se os efeitos da prática (DONABEDIAN, 2005).

Local do estudo e população

O estudo foi realizado em Maternidade de risco habitual, filantrópica do município de Jaguaquara, Bahia, que disponibiliza para atendimento do SUS uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, um centro cirúrgico e vinte leitos de alojamento conjunto, realizando 96% dos partos da cidade.

Coleta e análise dos dados

A pesquisa foi dividida em duas etapas, pré-intervenção (agosto à dezembro de 2018) e pós-intervenção (janeiro e junho de 2019), ambas com extração de dados retrospectivos e prospectivos. A fase retrospectiva foi realizada nos prontuários (janeiro a maio) das puérperas que findaram gestação entre janeiro a junho de 2018 e a prospectiva por meio da análise técnica da estrutura, observação do processo de trabalho e entrevista com usuárias.

A coleta dos dados e preparação da auditoria foi caracterizada pelo planejamento (fase analítica), comunicado da Auditoria, execução (fase operacional) (F1), relatório Preliminar (com orientações corretivas), prazo para correções e justificativas documentada do auditado e Relatório final (F2) (BRASIL, 2017b).

A Auditoria (coleta dos dados) foi realizada através da aplicação de roteiros de inspeção (BRASIL, 2010), que procuram avaliar os padrões de conformidade nas seguintes categorias: qualidade da assistência (três indicadores= 12 pontos), qualidade da informação (dois indicadores= 4 pontos), gestão clínica (seis indicadores= 22 pontos) e humanização (cinco indicadores= 32 pontos).

O somatório dos indicadores pontua a alíquota alcançada por cada categoria, a soma dos valores de todas as categorias consiste no percentual geral alcançado pela instituição (70 pontos [100%]) e destina-se a avaliar o desempenho da Unidade no cumprimento das metas, sendo classificadas de acordo com escore em ruim (até 50%), regular (entre 51% e 70%), bom (entre 70% e 90%) e ótimo (acima de 91%).

Questões éticas

Este estudo foi autorizado pela secretaria de saúde de Jaguaquara estando respaldado com termo de compromisso para utilização de dados em prontuário. Ademais, mantendo um compromisso com as Questões Éticas, de acordo com a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas usuárias entrevistadas e a pesquisa submetida ao comitê de ética em pesquisa sob número de CAAE 09423318.1.0000.0055

RESULTADOS

Este trabalho avaliou, em diferentes aspectos, uma maternidade no sudoeste da Bahia, seguindo procedimento de auditoria em saúde preconizados pelo SUS.

Os indicadores de qualidade da oscilaram de três pontos na primeira avaliação (F1) a seis na segunda (F2), enquanto os de qualidade da informação mantiveram-se constantes (quatro pontos). Salienta-se que não havia em F1 nenhum protocolo de acolhimento e classificação de risco, bem como inexistia a assinatura de termo de consentimento para procedimentos, passando os mesmos a serem implementados após orientações prestadas e verificadas em F2.

No que concerne a gestão clínica e a humanização, houve um incremento maior do que 100% para ambos os indicadores. O primeiro passou de 8 para 15,5 pontos, enquanto o segundo de 6,5 para 16,5 pontos (Quadro 1). Destaca-se entre os indicadores de gestão clínica os relacionados ao “Funcionamento do Serviço de Assistência farmacêutica” não pontuavam em sua totalidade em F1, sendo que após orientações corretivas, os mesmos passaram a pontuar em F2.

Entre os indicadores de humanização por sua vez, práticas consideradas desnecessárias, ou mesmo violência obstétrica, como episiotomia e manobra de Kristeller, não tinham controle (F1), passando a ser reduzidas após orientações (F2). Ademais, o

preenchimento do partograma, antes incipiente ou incompleto, também foi incrementado, bem como a pesquisa de satisfação do usuário.

Quadro 1. Indicadores avaliados no processo de auditoria em uma maternidade do sudoeste baiano, antes (F1) e depois de recomendações (F2)

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Mortalidade Institucional	Até 5%	Relatórios Hospitalares e Censo Hospitalar	3	3	3
Acolhimento com classificação de risco	Garantir o acolhimento com classificação de risco na urgência/emergência.	Verificação in loco	3	0	1
Consentimento livre e esclarecido	Garantir informações aos usuários sobre as intervenções	Prontuário e entrevista com usuários	3	0	1
Alta hospitalar responsável	Garantir a alta hospitalar Responsável	Prontuário e entrevista com usuários	3	0	1
SUBTOTAL			12	3	6
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Registro de óbitos	Registrar 100% dos óbitos maternos e neonatais	Documento de Registro	2	2	2
Notificação das doenças compulsórias	Notificar doenças compulsórias em 100% dos casos.	Registro em impresso próprio e encaminhado a órgão específico.	2	2	2
SUBTOTAL			4	4	4
GESTÃO CLÍNICA					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Comissões	Garantir o funcionamento regular da CCIH	Atas e relatórios mensais com indicadores	2	1	1
	Comissão de óbito: analisar 50% dos prontuários que resultaram em óbito	Atas de análises realizadas	2	2	2
	Comissão de Prontuário: analisar 10% dos prontuários correspondentes ao total de saídas	Atas de análises realizadas	2	0,5	2

Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos	Garantir intervenções seguras e resolutivas, evitando ações desnecessárias.	Diretrizes terapêuticas e protocolos Clínicos	1	0,5	0,5
Ambiência adequada (RDC 36 e RDC 50) ou Projeto de adequação da área física, com cronograma de execução.	Ambiência adequada ou cronograma de execução	Visita in loco	5	1,5	1,5
Segurança paciente e trabalhador	Garantir identificação do paciente através do uso de pulseiras incluindo o RN	Verificação in loco do protocolo para higienização das mãos.	2	1	2
	Garantir assistência ao acidente biológico.	Fluxo, protocolo e relatório sobre os acidentes	2	1	1
Estabelecimento de rotina pela CME de reprocessamento de artigos, de acordo com a legislação vigente	Elaborar e implantar protocolos sobre higienização e esterilização de artigos	Protocolos	1	0,5	0,5
Funcionamento do Serviço de Assistência farmacêutica	Padronizar os medicamentos utilizados	Lista padronizada de medicamentos	1	0	1
	Garantir 100% de Medicamentos profiláticos: Na transmissão vertical- Sífilis, HIV/aids	Cadastro SICLOM/MS Prontuários	2	0	2
	Garantir 100% da administração Medicamentos profiláticos em caso de violência /estupro: gravidez e IST/AIDS	Cadastro SICLOM/MS Prontuários	1	0	1
	Notificar efeitos adversos a medicamentos em formulários	Formulários específicos de efeitos adversos.	1	0	1
SUBTOTAL			22	8	15,5
HUMANIZAÇÃO					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Pesquisa de satisfação	Realizar pesquisa de satisfação em 60% dos pacientes internados trimestralmente	Relatório trimestral de análise de pesquisa de satisfação	2	0	1
Acompanhantes/visitas	Garantir o direito a acompanhante nas 24 horas para RN e Instituição livre	Verificação de normas institucionais e material	2	1	2

	acesso de visita diária pelos pais, respeitando a dinâmica do hospital.	educativo			
Assistência adequada à Parturiente e ao RN	Preencher 100% dos prontuários e partogramas adequadamente	Prontuários completos	3	0	1,5
	Apresentar 97% dos RN com apgar >7 no 5 minuto	SISPRENATAL DNV ou SINASC	3	3	3
	Garantir 100% utilização de métodos não invasivos para alívio da dor.	Prontuários	3	0	1,5
	Garantir utilização das boas práticas no parto e nascimento	Prontuário	3	0	1,5
	Evitar uso de práticas desnecessárias: Reduzir taxa de cesareanas 10% ao ano até atingir 30%	SIH/SUS	6	0	0
	Evitar práticas desnecessárias no parto: Reduzir Episiotomia até menos de 10% dos partos normais	Prontuário	3	0	1,5
	Evitar práticas desnecessárias no parto: manobra de Kristeller (0%)	Prontuário	1	0	1
	Garantir realização de SADT para Diagnostico e tratamento adequado	Prontuário	2	0	1
Fornecimento adequado de refeições para acompanhantes e ao paciente internado (com orientação nutricional).	Fornecer 04 refeições/dia ao paciente internado com orientação nutricional.	Verificação dos cardápios e entrevistas com pacientes in loco.	2	1,5	1,5
Fornecimento de enxoval adequado ao paciente internado e acompanhantes.	Garantir o fornecimento de duas mudas de roupas /dia ao paciente internado quando necessário.	Verificação dos kits e entrevistas com pacientes in loco	2	1	1
SUBTOTAL			32	6,5	16,5
TOTAL GERAL			70	21,5	42,0

Na avaliação global os indicadores foram incrementados de 21,5 (31,0% - classificação ruim) para 42 pontos (60,0% - classificação regular), um aumento de quase 100% entre as avaliações.

DISCUSSÃO

Esse estudo evidenciou melhoria dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica em uma maternidade do sudoeste baiano, que realizou em 2018 um total de 658 partos (normais e cesáreos) totalizando um gasto de R\$ 336.635,21 (BRASIL, 2019).

Destaca-se que os indicadores da gestão clínica e humanização foram incrementados em mais de 100%. Com base nos achados que serão aqui discutidos, nota-se que a auditoria em saúde permite que os prestadores de cuidados reflitam sobre a eficácia do modo como as coisas estão sendo feitas e implementem mudanças quando necessário (PATON et al., 2015).

Entre os indicadores de qualidade da assistência, a redução da mortalidade materna (MM) é de grande relevância para a área da saúde. A MM é considerada altamente evitável por tratar-se de um evento que é prevenível, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época, sendo sua redução tem sido foco de esforços nacionais e internacionais (BARBEIRO et al., 2015; MALTA et al., 2007).

Durante a década de 1990, uma maior compreensão sobre os determinantes sociais da mortalidade materna, incluindo o papel da educação, renda e local de nascimento passou a ser observada (SOUZA; SOUZA, 2015). A partir desse entendimento, a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2014). Intimamente atrelado ao indicador de MM, e fonte do seu cálculo, está o adequado registro dos óbitos e também das doenças de notificação (BRASIL, 2009), indicadores aqui avaliados com 100% de qualidade.

Quanto aos indicadores de gestão clínica, as Comissões Hospitalares (i.e. investigação de óbito e prontuários; controle de infecção hospitalar [CCIH] aqui avaliadas) destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados, com otimização do faturamento e minimização de glosas (FERREIRA et al., 2016). Salienta-se que o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, instituído pela Portaria MS nº 3.123/06, tornou obrigatória a constituição de Comissões de Óbito nos hospitais (BRASIL, 2006).

Ainda no que concerne aos indicadores de gestão clínica, à segurança do paciente, que é caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde (WHO, 2009), foi incrementada pela implementação de protocolos clínicos, identificação dupla (RN e mãe); criação de normas de higienização e esterilização, padronização e garantia de medicamentos relacionados à assistência farmacêutica, como, por exemplo, a garantia de tratamento profiláticos para a transmissão vertical (Sífilis, HIV), bem como no primeiro atendimento em caso de estupro para posterior encaminhamento.

No contexto da atenção obstétrica e neonatal, especificamente, a atenção deve estar voltada para o fortalecimento dos serviços de saúde, objetivando reduzir os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo, minimizando os danos relacionados ao processo assistencial, além de contribuir para a humanização (ANVISA, 2014). A humanização no contexto das maternidades pode ser afetada por uma visão rotineira de atendimentos que leva ao mau uso de tecnologias disponíveis e desvaloriza as recomendações científicas, gerando práticas desnecessárias na assistência às gestantes, como cesáreas eletivas, manobras e violência obstétrica (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

A taxa de cesáreas não se alterou conforme constatado na auditoria aqui realizada. No Brasil, estão acima do parâmetro recomendado pela OMS em todas as regiões sendo as maiores taxas no Nordeste e Sudeste (DALMORO et al., 2018), tendo aumentado acentuadamente, de 37,9% em 2000 para 53,9% em 2011 (BARROS et al., 2015). Na realidade brasileira, as mulheres são desnecessariamente expostas a situações adversas e iatrogênicas que o excesso de tecnologia impõe. Uma série de intervenções são realizadas como rotina, que vão desde a cesárea desnecessária à intervenções excessivas como a episiotomia, o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, e a manobra de Kristeller (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; LEAL et al., 2014).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso do partograma para acompanhar o trabalho de parto, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde e reduzir a morbidade e a morte materna e fetal e podendo ser usado como um guia ao adotar intervenções oportunas e sem práticas desnecessárias (OMS, 1996; ROCHA et al., 2009).

Como já citado, a humanização pode ser o caminho para a redução de práticas desnecessárias e a adoção de medidas mais voltadas à qualidade da assistência prestada. Assim, a humanização da assistência ganhou espaço entre as políticas de saúde e o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Programa de Humanização dos Hospitais em 2000 (BRASIL, 2002), além de em junho de 2011, criar a

Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que, entre outros objetivos, garante o atendimento humanizado às gestantes mulheres.

Atrelado a Rede Cegonha e segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento e classificação de risco é de vultuosa importância nas maternidades já que o desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Assim, o acolhimento leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado e acima de tudo humanizado (BRASIL, 2014).

Além dos aspectos hospitalares, a atenção primária pôde também ser avaliada de maneira indireta uma vez que foi instituída a alta responsável, prevista no artigo 16 da portaria 3.390 do Ministério da Saúde, e que estipula que toda alta de puérpera residente no próprio município deve ser comunicada ao centro de saúde de sua referência, sendo o acompanhamento puerperal de responsabilidade do mesmo (BRASIL, 2013; REIS et al., 2015).

Fica claro por todo o exposto o potencial da auditoria em melhorar a qualidade da assistência prestada às gestantes. Ressalta-se que os dados apresentados não representam a totalidade das informações obtidas, nem mesmo das melhorias alcançadas demandando novos estudos para a compreensão completa dos diferentes aspectos englobados na assistência a parturiente.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar a melhoria dos indicadores de assistência obstétrica mediante a realização de um processo de auditoria na maternidade avaliada.

Todavia, toda melhoria notada por meio da auditoria em saúde é parte de um processo, identificando a necessidade de mudanças, implementando-as e reavaliando o impacto das mesmas. Para além dos avanços já alcançados, existem algumas implicações e recomendações claras que surgem desta auditoria, como a necessidade de melhorias nas práticas clínicas e assistenciais, que apresentam uma grande contribuição do componente humano e da formação profissional.

Ademais, transcender a assistência da atenção secundária (maternidade) e alcançar e entender os processos desde a atenção primária à saúde, mostra-se necessário para um completo entendimento dos fenômenos estudados, dada a complexidade da assistência prestada às mulheres em idade fértil.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1053-1064, jun. 2011.

ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília. ANVISA, 2014.

BARBEIRO, F. M. dos S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.0, 2015.

BARROS, F. C. et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.38, n.3, p.217-225, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.123 de 7 de dezembro de 2006**. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria no SUS Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA)**, 2017a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/auditoria-do-sus/sistema-nacional-de-auditoria>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria**. Brasília. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2017b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília. DataSus, 2019.

DALMORO, C. et al. Normal delivery and cesarean section: cost per brazilian regions, 2015. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.64, n.11, p.1045-1049, nov. 2018.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

FERREIRA, K. de L. P. et al. A Comissão de Revisão de Óbitos e sua importância na Gestão em Saúde: estudo dos óbitos dos pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora ocorridos entre os anos de 2009 e 2012. **HU Revista**, v.42, n.1, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro, 2016.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. suppl 1, p.S17-S32, ago. 2014.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.4, p.233-244, dez. 2007.

NAO, N. A. O. **Maternity Services in England**. London, 2013. Disponível em: <<http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/10259-001-Maternity-Services-Book-1.pdf>>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, 1996.

PATON, J. Y. et al. Clinical audit: Still an important tool for improving healthcare. **Archives of disease in childhood - Education & practice edition**, v.100, n.2, p.83-88, abr. 2015.

PEDROSO, C. N. L. da S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n.4, p.1163-1184, dez. 2017.

REIS, Z. S. N. et al. Analysis of the summary content in obstetric discharge reports in a reference maternity hospital. An opportunity to rethink the strategy of continuity in maternal and neonatal care. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.25, n.4, 2015.

ROCHA, I. M. da S. et al. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, p.880-888, 1 dez. 2009.

SOUZA, J. P.; SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.37, n.12, p.549-551, dez. 2015.

TONIDANDEL, A. et al. Anesthetic and obstetric outcomes in morbidly obese parturients: a 20-year follow-up retrospective cohort study. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v.23, n.4, p.357-364, nov. 2014.

TRACY, S. K. et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.1, p.46, 24 dez. 2014.

UN. **The Millennium Development Goals Report 2014**. New York, 2014.

VAUGHAN, D.; CLEARY, B.; MURPHY, D. Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age - a cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.121, n.3, p.261-268, fev. 2014.

WHO. **Global Priorities for patient safety research**. Geneva. World Health Organization, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>>

6 CONCLUSÃO

O objetivo geral proposto para o estudo foi alcançado uma vez que foi analisado o potencial da auditoria como instrumento de incremento na qualidade da assistência obstétrica em um município do sudoeste baiano.

O primeiro manuscrito evidenciou-se, para uma série histórica de 10 anos, um perfil sociodemográfico e obstétrico formado por adultas jovens (20 a 29 anos), com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, de gestação única, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus RN de peso normal. No que se refere à tendência linear, merece atenção uma tendência linear de redução do número de mulheres que deram à luz com 37 semanas ou mais, e também de redução acentuada para os partos normais (vaginais).

No segundo manuscrito o processo de auditoria se mostrou como uma ferramenta que favoreceu a melhoria dos indicadores de assistência obstétrica no contexto de uma maternidade. Ressalte-se que a auditoria, por ser precisa e sistemática, tem alto potencial para identificar problemáticas, assim como, aspectos que podem ser melhor trabalhados, visando à excelência da assistência em saúde.

Desse modo, a auditoria consiste em importante ferramenta que pode ser implementada a fim de modificar e/ou minimizar tendências para realidades evidenciadas ao longo desse estudo (inadequação pré-natal, aumenta de partos cesáreos e prematuros) no intuito de propiciar melhores condições de saúde as mulheres em idade fértil.

Considerando a auditoria do SUS uma ferramenta essencial de apoio às boas práticas na gestão, bem como seu potencial protagonismo no controle do desperdício dos recursos públicos, transparência e a credibilidade dos dados, ressalta-se a importância de desenvolver esse processo com rigor técnico estipulado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), e a necessidade dos entes federativos a instituírem em seu organograma.

Apesar de sua relevância social, a auditoria do SUS ainda é pouco discutida, sobretudo do ponto de vista acadêmico, tendo em vista que há poucos trabalhos publicados a respeito, conforme foi evidenciado na construção deste artigo.

Portanto, torna-se fundamental ampliar a visualização dos relatórios de auditoria realizadas no âmbito do SUS por meio de publicações em revistas e periódicos de reconhecimento nacional/internacional, a fim de divulgar a importância do cumprimento da legislação, com o estabelecimento do SNA pela direção do SUS, assim como, para contribuir na formação de estudantes e profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade.** Disponível em: <http://sim.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação Hospitalar.** Disponível em: <http://sih.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

INAGAKI, A.D.M. et al. Factors associated with the humanization of care in a public maternity. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v.12, n.7, p.1879-1886, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Banco de dados: cidades. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

KOPERECK, C. S. et al. A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.12, n.7, p.2050-2060, 2018.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MAMEDE, F. V.; PRUDENCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.36, n.spe, p.262-266, 2015.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do *near miss* materno. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1333-1345, 2013.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, A. P. et al. Aconselhamento sobre HIV / SIDA e Sífilis a mulheres grávidas em cuidados primários. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.12, n.7, p.1962-1969,

APÊNDICES

APÊNDICE A:**INSTRUMENTO DE AUDITORIA ESTABELECIMENTO HOSPITALAR****Secretaria Municipal de Jaguaquara****Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia****Pesquisa:** Auditoria em Saúde: A Maternidade e os níveis de saúde das brasileiras**Pesquisadora****Responsável** Katiane S. Miranda**Responsável pela coleta:****Período** Janeiro à maio de 2018

PT GM/MS nº1459 de 2001 – Rede Cegonha

Base Legal RDC Nº 36, DE 03 DE JUNHO DE 2008.**Estabelecimento****Município** Jaguaquara**Endereço****Telefone****Natureza Jurídica (Grupo)****Atividade****Tipo de
atendimento****Leitos Hospitalar existentes****Leitos Hospitalar SUS****instalações existentes****instalações SUS****Serviços de apoio****Comissões****Profissionais****QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTOS
Mortalidade Institucional	Relação Percentual entre o número de óbitos que ocorrem depois da de decorridas pelo menos 48 horas do início da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital num determinado período.	Até 5%	Relatórios Hospitalares e Censo Hospitalar Diário	3

Taxa de Infecção Hospitalar	Relação percentual entre o número de infecções hospitalares ocorridas em um período determinado e o número total de saídas no mesmo período.	Até 5%	Relatórios Hospitalares e Censo Hospitalar Diário	3
Taxa de ocupação Hospitalar	Relação percentual entre o número de pacientes - dia e o número de leitos dia num determinado período.	90%	Censo Hospitalar Diário e SIH/SUS	3
Média de Permanência	Número de dias de permanência total no mês em relação ao total de internações hospitalares /mês.	Conforme cada especialidade	SIH/SUS	3
Taxa de Cesáreas conforme perfil da unidade	Relação percentual entre o total de partos num determinado período.	Reduzir 10% ao ano até atingir 25% - Maternidade de risco habitual: 30% - Maternidade de alto risco tipo 1: 35% - Maternidade de alto risco tipo 2	SIH/SUS (Linha de base: produção do ano anterior) Meta cumprida 10; Redução <10% =5; nenhuma redução =0	6
Apgar >7 no 5º minuto	Relação percentual entre o número de apgar >7 no 5º minuto e total de RN num determinado período.	97% dos RN	SIS PRENATAL web a estatística de instituição de acordo com DNV ou SINASC 80% = 10 ; 50 A 80% = 5; <50% =0	3
Consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnosticados aos usuários, de acordo com as legislações específicas	Visita in loco com avaliação documental e entrevista com usuários.	Garantir informações aos usuários sobre as intervenções a serem realizadas, com assinatura do consentimento livre e esclarecido.	Prontuário e entrevista com usuários	3
Alta Hospitalar Responsável	Visita in loco com avaliação documental e entrevista com usuários.	Garantir a alta hospitalar Responsável	Prontuário e entrevista com usuários	3

Acolhimento com classificação de risco	Visita in loco com avaliação documental e entrevista com usuários.	Garantir o funcionamento regular do acolhimento com classificação de risco na urgência/emergência.	Verificação in loco, documentos de registro e entrevista com pacientes - Acolhimento com classificação de risco implantado = 10; Em implantação = 5 Não implantado = 0	3
SUBTOTAL	30			

QUALIDADE DE INFORMAÇÃO

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Registro de óbitos maternos	(Número de óbitos maternos/ número de nascidos vivos) x 100	Registrar 100% dos óbitos maternos ocorridos.	Documento de Registro	2
Registro dos óbitos neonatais	Número de óbitos neonatais < 28 dias / Número de nascidos vivos) x 100	Registrar 100% dos óbitos neonatais ocorridos.	Documento de Registro	2
Registro dos óbitos infantis	(Número de óbitos de residentes < 1 ano de idade / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 1000	Registrar 100% dos óbitos infantis ocorridos.	Documento de Registro	2
Notificação das doenças compulsórias	Relação percentual entre o número de doenças compulsórias notificadas e o número total de pacientes internados com doenças de notificação compulsória	Notificar doenças compulsórias em 1005 dos casos.	Registro em impresso próprio e encaminhamento semanal a órgão específico.	2
SUBTOTAL	8			

GESTÃO CLÍNICA

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Comissão de Controle de infecção hospitalar (CCIH)	Número de reuniões mensais realizadas e relatórios produzidos e encaminhamentos a DIRES.	Garantir o funcionamento regular da CCIH	Atas e relatórios mensais com indicadores epidemiológicos	2

Comissão de Análise de óbitos	(Número de óbitos analisados em determinado período/ Número de óbitos totais do hospital no mesmo período) x 100	Analisar 50% dos prontuários que resultaram em óbito (se < 20 óbitos / mês	Atas de análises realizadas	2
		100%		
Comissão de Revisão de Prontuários	(Número de prontuários analisados em determinado período/ Número total de prontuários no mesmo período) x 100	Analisar 10% dos prontuários correspondentes ao total de saídas mensais	Atas de análises reavaliadas	2
Comissão de Ética Médica	Atas e Relatórios periódicos das atividades realizadas	Garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética Médica	Atas e relatórios periódicos das atividades realizadas	1
Comissão de Ética de Enfermagem	Atas e Relatórios periódicos das atividades realizadas	Garantir o cumprimento das rotinas de enfermagem assim como atuar como disseminador de boas práticas na área	Atas e relatórios periódicos das atividades realizadas	1
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Atas e Relatórios periódicos das atividades realizadas	Garantir o funcionamento regular da CIPA	Atas e relatórios periódicos das atividades realizadas	1
Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Transplantes (CIHDOTT)	Atas e Relatórios periódicos das atividades realizadas	Garantir o funcionamento regular da CIHDOTT	Atas e relatórios periódicos das atividades realizadas	2
Núcleo de Qualidade Hospitalar (NAQH)	Relatórios periódicos das atividades realizadas.	Implantar e garantir o funcionamento regular do Núcleo de Qualidade.	Atas de implantação e relatórios periódicos das atividades realizadas.	2
Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos	Recomendações desenvolvidas para auxiliar os profissionais de saúde e usuários na tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas.	Garantir intervenções seguras e resolutivas, evitando ações desnecessárias, qualificando a assistência ao usuário.	Diretrizes terapêuticas e protocolos Clínicos estabelecidos e implantados.	1

Assistência adequada à Parturiente e ao RN	Preenchimento adequado do prontuário da parturiente incluindo partograma e do RN.	Preencher 100 dos prontuários e partogramas.	Prontuários	1
Assistência às parturientes com administração de imunoglobulina Anti-Rh (D) em casos específicos.	Evidência em prontuários	Garantir 100% da administração de imunoglobulina Anti-Rh (D) em casos específicos.	Prontuários	2
Ambiência adequada e RDC 36 (Bloco Obstétrico e PPP) ou Projeto de adequação da área física, com cronograma de execução.	Visita in loco	Ambiência adequada ou cronograma de execução	Visita in loco Ambiência adequada = 10; Obra em execução = 6; Projeto elaborado com recursos definido = 3; Sem proposta = 0	2
Garantia da identificação do paciente através do uso de pulseiras com dois marcadores incluindo o RN	Evidência in loco	Garantir a disponibilidade e de preparação alcoólica para fricção higiênica das mãos dos profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes	Verificação in loco, com avaliação do protocolo para higienização das mãos.	2
Assistência ao funcionário exposto a acidente biológico no trabalho	Existência de fluxo e protocolo preconizados, disponíveis e de fácil acesso.	Garantir a assistência ao funcionário exposto a acidente biológico.	Fluxo, protocolo e relatório sobre os acidentes biológicos.	2
Estabelecimento de rotina pela CME de reprocessamento de artigos, de acordo com a legislação vigente	Evidência in loco da aplicação dos protocolos.	Elaborar e implantar protocolos atualizados sobre a lavagem, desinfecção e esterilização de artigos críticos e semi críticos, incluindo diluição das soluções utilizadas.	Protocolos	1

Funcionamento do Serviço de Assistência farmacêutica	Padronização dos medicamentos utilizados na unidade.	Padronizar os medicamentos utilizados na unidade.	Lista padronizada de medicamentos utilizados.	1
	Controle de medicamentos psicotrópicos	Rastrear os psicotrópicos desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	Notas fiscais de compra, receituário médico e controle de dispensação.	1
	Notificação de efeitos adversos a medicamentos	Notificar efeitos adversos a medicamentos em formulários específicos	Formulários específicos de efeitos adversos.	1
SUBTOTAL	28			

HUMANIZAÇÃO

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Funcionamento do Serviço de Atendimento ao Cliente	Ouvidoria Implantada com regulamento interno	Garantir o funcionamento do serviço de atendimento ao cliente.	Existência de ouvidoria e encaminhamento dos resultantes do seu funcionamento	2
Disponibilização do formulário de pesquisa de satisfação do cliente e caixa coletora	Relação percentual entre o número de pesquisa de satisfação realizada e o número total de saídas hospitalares.	Realizar pesquisa de satisfação em 60% dos pacientes internados trimestralmente	Relatório trimestral de análise de pesquisa de satisfação realizada.	2
Análise de sugestões e reclamações do cliente e adoção de medidas de melhoria	Relação percentual entre o número de sugestões e reclamações realizadas e o número total de sugestões.	Analisar 80% das sugestões e reclamações e adotar as medidas de melhoria.	Instrumentos para coleta de sugestões e reclamações e sistema de monitoramento de avaliação do cliente.	2
Instituição de horário de visita diária ao paciente, respeitando a dinâmica do hospital.	Evidência in loco.	Garantir o direito de visita diária no paciente por período mínimo de 4 horas	Verificação de normas institucionais e material educativo	2

Manutenção de acompanhante para pacientes pediátricos, idosos, indígenas e portadores de necessidades especiais.	Evidência in loco.	Garantir o direito a acompanhante nas 24 horas.	Verificação de normas institucionais e material educativo	2
Acompanhante de livre escolha da gestante durante todo período de internação.	(Número de gestantes internadas com acompanhante durante todo o período / Total de gestantes internadas no mês) x 100	Garantir 100% de acompanhante de livre escolha em todo o período de internação	Visita in loco com entrevista aleatória de gestantes pacientes internadas (10% das internações no período) >80% =10 ; 50 a 80% =5 ; <50% =0	3
Fornecimento adequado de refeições ao paciente internado, com orientação nutricional.	Evidência in loco.	Garantir o fornecimento de quatro refeições /dia ao paciente internado, no mínimo, com orientação nutricional.	Verificação dos cardápios e entrevistas com pacientes in loco.	2
Fornecimento de enxoval adequado ao paciente internado.	Evidência in loco.	Garantir o fornecimento de duas mudas de roupas /dia ao paciente internado, no mínimo, quando necessário.	Ver	2
Garantia do acesso ao deficiente físico.	Evidência in loco.	Garantir o acesso ao deficiente físico.	Verificação in loco (rampas, barras de apoio, cadeiras de rodas, cadeiras de banho)	2
SUBTOTAL	19			

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Disponibilização de Alvará Sanitário atualizado.	Evidência in loco.	Manter o Alvará Sanitário atualizado.	Verificação do documento in loco, com controle de validade.	2

Desenvolvimento de ações de reformas e adequações da unidade.	Constatação in loco da melhoria da unidade.	Melhorar a estrutura física da unidade.	Verificação in loco.	1
Desenvolvimento de ações de higienização hospitalar de acordo com a legislação vigente.	Manual de Higienização Hospitalar compatível com a Legislação vigente.	Aplicar norma e rotinas padronizadas no Manual do Serviço de Higienização Hospitalar.	Verificação in loco.	1
Elaboração e implantação de Plano de Manutenção Preventiva Predial e Equipamentos e programação a cumprir.	Plano de Manutenção elaborado e implantado, avaliado programação proposta e elevada,	Elaborar e implantar Plano de Manutenção Preventiva com programação a cumprir.	Verificação in loco, verificando a programação proposta e efetivada.	1
SUBTOTAL	5			
TOTAL	100			

APÊNDICE B:**INSTRUMENTO DE AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS****Secretaria Municipal de Jaguaquara****Auditoria em Saúde: Maternidade****Auditora Responsável: Katiane Santana Miranda****Período Auditado:****Estabelecimento:**

ITEM	Registro	Sim	Não	Não se aplica	Ilegível
N Autorização Internamento Hospitalar (AIH)					
Raça/cor					
Estado civil:					
Profissão:					
Escolaridade:					
Telefone					
Endereço					
Data d entrada					
Data de alta					
Média Permanência					
Valor AIH R\$					
Glosa					
N prontuário					
CID					
Profissional Assistente					
Mês/Ano processamento					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
COBRANÇA: Diária Acompanhante					
REGISTRO: Diária Acompanhante					
COBRANÇA: analgesia					
REGISTRO: analgesia					
COBRANÇA: permanencia a maior					
Procedente outro serviço					

ITEM	Registro	Sim	Não	Não se aplica	Ilegível
Estado geral					
Procedimentos realizados na admissão					
Histórico familiar					
Alergia					
Histórico patológico					
Medicação em uso					
Nº Gestação					
Nº Partos Normais					
Nº Partos cesáreos					
Nº Abortos					
Nº Prematuros					
Nº Baixo peso					
Nº Sobrepeso					
Nº Natimorto					
Nº Gemelares					
Nº Aborto infectado					
TIPO/DATA finalização Gravidez anterior					
AIH Intercorrencias ciclo gravídico-puerperal atual					
Registro Intercorrencias da gravidez atual					
Gravidez atual: registro Idade gestacional					
Data ultima menstruação (DUM)					
Idade Gestacional (IG)					
Hábitos Gravidez					
Outra hospitalização nessa gravidez					
Acompanhamento Pré Natal					
Primeira consulta Pré Natal					
Número consulta Pré Natal					
Exames do Pré Natal					
Resultados Exames Pré-natal: Hematocrito/Hemoglobina					

ITEM	Registro	Sim	Não	Não se aplica	Ilegível
Resultados Exames Pré-natal: ABO-RH					
Resultados Exames Pré-natal: VDRL					
Resultados Exames Pré-natal: ANTI HIV					
Resultados Exames Pré-natal: Citomegalovirus					
Resultados Exames Pré-natal: Toxoplasmose					
Resultados Exames Pré-natal: Hepatites					
Resultados Exames Pré-natal: HTLV					
Exames realizados Pré-natal: Sumario Urina					
Registro resultados exames Pré-natal: USG obstétrica					
Exames realizados internação: ABO-RH					
Exames realizados internação: Hematocrito/Hemoglobina					
Exames realizados internação: Sífilis (teste rápido)					
Exames realizados internação: HIV (teste rápido)					
Exames realizados internação: Sumario Urina					
Exames realizados internação: Urocultura					
Exames realizados internação: USG obstétrica					
Exames realizados internação: SOROLOGIA SIFILIS					
Exames realizados internação: SOROLOGIA HIV					
OUTROS					

ITEM	Registro	Sim	Não	Não se aplica	Ilegível
Aborto: Conteúdo Uterino					
Evolução Diária					
Orientações autocuidado					
Orientações cuidado RN					
Prescrição médica diária:					
Apazamento prescrição					
Checagem prescrição					
Administrado medicamento sem prescrição					
Prescrição médica: Venóclise					
Prescrição médica: Progestogenicos ou similares					
Prescrição médica: Misoprostol					
Prescrição médica: Ocitocina					
Prescrição médica: imunoglobulina anti-D					
Prescrição médica: antibióticos					
Prescrição médica: hemotransfusão					
Prescrição médica: protocolo prevenção transmissão vertical HIV/aids					
Prescrição médica: protocolo prevenção transmissão vertical inibidor lactação					
Prescrição médica: protocolo prevenção transmissão vertical sífilis					
Prescrição médica: dieta trabalho de parto					
Prescrição médica: Sulfato ferroso 40mg					
Prescrição médica: Vitamina A 200.000 UI					
Prescrição médica: esvaziamento intestinal induzido					
Motivo da cesárea ou Aborto					
Tipo de anestesia:					
Relatório Anestesista					

ITEM	Registro	Sim	Não	Não se aplica	Ilegível
Relatório Cirurgião					
Controle Material Medicamento Centro Cirúrgico					
Partograma					
Métodos não farmacológicos para alívio da dor					
Analgesia durante o trabalho de parto:					
Posição da mulher no procedimento:					
Complicação no procedimento e/ou pós imediato:					
Condições Nascimento do feto					
Sexo					
Peso ao nascer (em gramas)					
Apgar no 1o. Minuto					
Apgar no 5o. Minuto					
Avaliação malformação congênita?					
Amamentação imediata pós parto					
Amamentação					
Registro alta / Transferência					
Relatório de alta / Transferência					
Contra-referencia UBS					
Registro outros profissionais saúde					
Termo de consentimento procedimento					
Cópia Declaração de Nascido Vivo:					
Cópia Número da declaração de óbito					
Assinatura					
Conselho de Classe					
Carimbo					
EXAMES DIAGNÓSTICOS ANEXOS PRONTUÁRIO					

APÊNDICE C:**AUDITORIA SAÚDE DA MULHER: ENTREVISTA COM PUÉRPERA**

QUESTIONÁRIO Nº _____

Auditora Responsável: **Katiane Miranda****1. DADOS GERAIS**

Idade: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Escolaridade:

() Não Alfabetizada () até 4ª série () da 5ª a 8ª série () 1º ao 3º ano () superior

USF: _____

HISTORICO OBSTETRICO

2. Com que idade a sra teve a sua primeira gravidez (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)? _____ anos. Quantas vezes já engravidou? _____ Quantos foram:

() Parto normal _____ () Parto Cesáreo _____ () Aborto – até 5 meses _____

() Abortos Infectados _____ () Prematuros _____

() Nascidos vivos _____ () Nascidos Mortos – mais 5 meses _____

() Baixo peso- menor 2500g () Sobrepeso - acima 4500g

() gêmeos () mal formação

3. Teve alguma Gravidez não foi Planejada ou indesejada? Quantas?

() Não () Não sabe ()

Sim _____

4. A senhora já tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método abortivo? () Não () Não sabe ()

Sim _____

5. Antes de engravidar a sra já teve algum problema Saúde? Quais?

() Não () Sim _____

6. A sra já foi submetida a alguma cirurgia para antes da gravidez? Qual?

() Não () Sim _____

PRÉ- NATAL DA ÚLTIMA GRAVIDEZ7. **Permite fotografar o cartão da gestante?**

() Não () Sim () Não tem cartão gestante

8. Estava usando algum método para prevenir gravidez quando engravidou dessa vez? Qual?

() Não () Sim _____

9. Habito de risco na gravidez

() Não () fumo () bebida alcoólica () Drogas ilícitas () trabalho perigoso

() Medicação sem prescrição

10. A senhora fez consulta Pré-Natal nessa ultima gravidez? Qts?

() Não (*ir para nº18*) () Sim _____

11. Começou Pré Natal com quanto tempo gravidez? _____

12. Onde foram realizadas as consultas do pré-natal? (Pode ser mais de uma alternativa)
 USF Posto de Saúde consultório Obstetra Outros _____
13. Quais profissionais atenderam a sra nas consultas? (Pode ser mais de uma alternativa)
 Enfermeiro USF Médico USF Dentista Obstetra consultório Outros _____
14. Durante Pré- Natal a seu cartão Vacina ficou completo? Não Não sabe Sim
15. Durante Gravidez, no Pré-Natal foi fornecida pela USF alguma medicação prescrita?
 Não Não sabe Não precisou usar medicação Sim
16. Durante as consultas de pré-natal foi realizado
- Medida sua altura? Não Não sabe Sim _____
 - Medida sua pressão arterial? Não Não sabe Sim _____
 - Medida da sua barriga (fundo de útero)? Não Não sabe Sim _____
 - Ouvido o coração do bebê? Não Não sabe Sim _____
 - Exame de suas mamas? Não Não sabe Sim _____
 - Exame ginecológico? Não Não sabe Sim _____
 - Medido seu peso? Não Não sabe Sim _____
17. Durante o pré-natal a senhora foi informada sobre: (pode ser mais de uma opção)
- Riscos na gravidez (sangramentos, pressão alta, diabetes, infecção urinaria, HIV, sífilis, ZIKA...)
 - Hábitos saudáveis: alimentares e exercícios
 - Parto Humanizado (alívio da dor, acompanhante no hospital, com alimentação, sem cortes)
 - Direitos trabalhistas e licenças maternidade
 - Sinais do início trabalho de parto
 - Indicações Parto normal e parto cesáreo
 - Consultas depois do parto/aborto
 - Métodos para evitar gravidez, incluindo ligadura trompas
 - Cuidados com o bebê
 - Outros _____
18. Durante o pré-natal a senhora FEZ algum desses exames? Quantos? Pq não fez?
- Exame de ultrassonografia _____
 - Exame Sangue _____
 - Tipo sangue (ABO/RH) _____
 - Anemia(HT/HB) _____
 - Diabetes (glicemia) _____
 - Sífilis (VDRL) _____
 - HIV/AIDS _____
 - Exame urina _____
 - Preventivo colo útero _____
 - Outros _____
19. Durante o pré-natal a senhora PAGOU para fazer algum desses exames? Pq?
- Consulta Pré-Natal _____
 - Exame de ultrassonografia _____
 - Exame Sangue _____
 - Tipo sangue(ABO/RH) _____
 - Anemia(HT/HB) _____
 - Diabetes (glicemia) _____
 - Sífilis(VDRL) _____
 - HIV/AIDS _____

- () Outros _____
 () Exame urina _____
 () Preventivo colo útero _____
 () Vacinas _____
 () Medicação _____
 () Outros _____
20. A senhora ficou sem receber resultado de algum desses exames do Pré-natal? Qual?
 Pq? () Não () Não sabe ()
 Sim _____

HOSPITALIZAÇÃO DURANTE ULTIMA GRAVIDEZ

21. Durante a gravidez a senhora foi hospitalizada na SBOTE? Qual causa? Quantas vezes
 () Não (*ir para n°25*) ()
 Sim _____
22. Na internação durante Gravidez na SBOTE foi realizado
 () exame de toque vaginal?
 () Ouviram o coração do bebê ?
 () Mediram sua pressão arterial?
 () Mediram sua pressão temperatura?
 () Mediram seu batimento coração?
 () Foi Medicada?
 () fez exame de sangue?
 () Fez exame Ultrassonografia?
 () Examinaram suas mamas? () Fizeram exame Ginecológico?
23. A Sra. pagou para consulta ou realização de exames nesse internamento? Quais? Quanto?
 () Não ()
 Sim _____
24. Seu problema na Gravidez foi resolvido nesse internamento? Pq?
 () Não _____ () Sim

PARTO OU ABORTO DA ULTIMA GRAVIDEZ

25. Procurou outro hospital/maternidade antes de ser internada na SBOTE?
 () Não () Não sabe () Sim
26. Depois que chegou na SBOTE a senhora demorou para ser atendida? Quanto tempo?
 () Não () Não sabe () Sim _____
27. Quanto tempo o seu companheiro ou alguma pessoa da família/ amiga ficou com a sra durante a internação? (Pode ser mais de uma alternativa)
 () Sem acompanhante () Na chegada () No parto () Depois do parto () toda internação
28. Por que a sra não teve acompanhante durante internação?
 () não quis () não sabia que podia () não deixaram () não podia homem () Não tinha
29. A senhora teve:
 () Parto Normal/vaginal () Parto Cesáreo () Parto fórceps () Aborto
30. Era o tipo de parto que queria desde pré-natal? () Não () Não tinha preferência ()
 Sim _____
31. Quanto tempo de gravidez a sra tinha no momento do parto ou Aborto? _____
32. Na hora do parto qual a posição do bebê na sua barriga?
 () Cabeça p baixo () Sentado () Atravessado () Não sabe
33. Quem foi o profissional que fez seu último parto/ Aborto?
 () Enfermeiro () Médico () Técnico de Enfermagem () Não sabe ()
 Outro _____

34. Fizeram exame de toque vaginal? Não Não sabe Sim
35. Ouviram o coração do bebê? Não Não sabe Sim
36. Realizou furo no seu dedo para retirar sangue para testagem rápida de sífilis ou HIV na SBOTE/maternidade?
 Não Não sabe Sim, antes Parto/Aborto Sim, depois Parto/Aborto
(Parto normal seguir nº 37) (Cesáreo ir para nº 56 e 57) (Aborto ir para nº 62)
37. A sra entrou em trabalho de parto (sentiu dores parto)? Não Sim
38. Foram oferecidos água, sucos e/ou sopas durante o trabalho de parto? Não Sim
39. A sra solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? Não Sim
40. Seu pedido foi atendido? Pq? Não _____ Sim
41. Foi posto soro com medicamento para aumentar as contrações? Não Não sabe
 Sim
42. Foi colocado remédio em sua vagina para início/acelerar o parto? Não Não sabe
 Sim
43. Teve Perda de líquido/bolsa estourou sozinha ANTES de ir para o hospital?
 Menos 12h antes Hospital Mais 12h antes do Hospital Mais 24h antes do Hospital
 No Hospital No hospital, pelo médico/enfermeiro Não sabe
44. Qual era a cor e características do líquido?
 Não sabe Claro Sanguinolento Esverdeado Marrom fétido
45. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? Não Sim
46. Você utilizou alguma medida para aliviar a dor durante o trabalho de parto (Ex. Bola, Massagem, Banho quente, outros)? Não Sim _____
47. A sra teve algum problema no parto? Não Não sabe Sim
 Sim _____
48. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?
 deitada sentada cócoras outros
49. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?
 Não Não sabe Sim
50. Você sabe se cortaram o seu períneo (vagina) no parto? Não Não sabe Sim
51. Se sim, eles falaram antes que iriam cortar? Pediram permissão? Explicaram? Não
 Sim
52. Foi feita anestesia no local antes do corte? Não Não sabe Sim
53. Você sabe se levou pontos na vagina depois do parto? Não Não sabe Sim
54. Foi feita anestesia no local antes dos pontos? Não Não sabe Sim
55. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?
 Não Não sabe Sim
56. Sua **CESARIANA** foi marcada com antes, durante o pré-natal? Não Sim
57. Qual o principal motivo da sra ter tido parto cesáreo? _____
58. Qual o peso do **BEBÊ** ao nascer? (gramas) _____ Não sabe
59. Seu bebê teve algum problema quando nasceu? Não Não sabe Sim _____
60. Seu bebê morreu? Quanto tempo depois que nasceu? Não Sim _____
61. Ainda na sala de parto, colocaram seu bebe para mamar no seu peito? Não Sim
62. Depois do parto, ainda no hospital, a sra foi informada sobre algumas desses assuntos?
 Sinais perigo (hemorragia, infecção etc.)
 Cuidados corte vagina ou corte da cesárea
 Aleitamento materno
 Importância das consultas pós parto na USF/UBS
 Métodos para evitar gravidez
 prazo mínimo de espera para nova gravidez
 Cuidados com do recém-nascido (umbigo, banho, vacinas etc.).

ATENDIMENTO CONSULTA DE PUERPERAL (até 60 dias depois parto ou aborto)

63. Quantas consultas a Sra fez, até 2 meses depois pariu/abortou, para ser examinada depois do parto/ aborto? _____ Por que fez essas consultas depois parto/aborto?
 rotina complicações para método evitar gravidez Não fez (*ir para nº73*)
64. Quanto tempo depois que pariu/Abortou a sra fez a primeira consulta puerperal?
 7dias 8-15dias >8-30 dias >30-45 dias > 45-60 dias mais 2 meses Não fez
65. Quanto tempo depois que pariu/abortou a sra fez a ultima consulta puerperal?
 8-15dias >8-30 dias >30-45 dias > 45-60 dias mais 2 meses Não fez
66. Onde foram realizadas as consultas do puerpério? (pode mais de um item)
 Não fez domicilio UBS USF Consultório Médico Hospital
67. Qual profissional atendeu a sra nas consultas? (pode mais de um item)
 Enfermeiro USF Médico da USF Médico Hospital outros
68. Durante as consultas de puerpério, a sra recebeu alguma orientação sobre cuidados com **SUA SAÚDE**? Quais? Não Sim _____
69. Durante as consultas de puerpério a sra recebeu alguma orientação sobre sinais de risco/complicações? Quais? Não Sim _____
70. Durante o puerpério, nas consultas:
 Mediram sua pressão arterial?
 Mediram o seu peso?
 Mediram a sua barriga? (fundo de útero)
 Fizeram exame ginecológico?
 Examinaram suas mamas?
 Examinaram seu/sua filho(a) na mesma consulta que a sua?
 Iniciaram método para evitar gravidez?
71. Em alguma consulta do puerpério o médico ou enfermeiro falou que a sra estava complicação? Quais? Não Sim _____
72. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista ou hospital por causa da complicação(ões)? Não Sim _____
73. Durante o puerpério, a sra fez exames:
 Não sangue urina preventivo ultrassom outros _____
74. Durante o puerpério a senhora usou algum medicamento prescrito? Não Sim _____
75. A Sra Amamentou só no peito seu filho? Ate qts meses?
 Não menos 1 mês 1 mês 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses
76. A Senhora esta usando algum método agora para evitar gravidez? Qual?
 Não Sim _____
77. Era o método a senhora queria usar?
 Não _____ Não tinha preferência Sim
78. Nos atendimentos do puerpério a sra precisou **PAGAR** algum procedimento
 Não exames laboratório Ultrassom Consulta
 Medicamento Vacina Internação Hospitalar
79. A senhora esta grávida e tem risco de estar?
 Não Não sabe Sim _____

HOSPITALIZAÇÃO DURANTE ÚLTIMO PUERPÉRIO (ATÉ 60 DIAS DEPOIS PARTO)

80. Até 2 meses depois do parto/Aborto a senhora foi hospitalizada na SBOTE? Qual causa?
 Quantas Vezes? () Não ()
 Sim _____
81. Na internação durante depois do parto/Aborto (até 2 meses) na SBOTE
 () Mediram sua pressão arterial?
 () Mediram sua pressão temperatura?
 () Mediram seu batimento coração?
 () Foi Medicada?
 () Fez exame de sangue?
 () Fez exame Ultrassonografia?
 () Examinaram suas mamas?
 () Fizeram exame Ginecológico?
82. A Sra. pagou para consulta ou realização de exames nesse internamento? Quais? Quanto?
 () Não () Sim _____
83. Seu problema na pós parto foi resolvido nesse internamento? Pq?
 () Não _____ () Sim

PONTUAÇÃO SOBRE ATENDIMENTOS

84. Sobre o atendimento na Unidade de Saúde da família a senhora achou
 () Excelente () Bom () Ruim () Péssimo
85. Sobre o atendimento na SBOTE/Maternidade a senhora achou
 () Excelente () Bom () Ruim () Péssimo

 Nome Entrevistador

 Assinatura Entrevistador

Data: ____/____/____

APÊNDICE D:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar de uma entrevista para dados da **Auditoria dos Serviços de Saúde no ciclo gravídico-puerperal**. Essa Auditoria pretende medir qualidade da assistência à Saúde da Mulher desde a Unidade Saúde da Família até o atendimento na Maternidade de Jaguaquara buscando: atendimento e anotações dos prontuários (fichas de atendimento) da mulher internada na maternidade durante gravidez, parto e puerpério (60 dias depois do parto); do de saúde da mulher com as anotações dos prontuários; mulher da assistência recebida na unidade de saúde da família e na maternidade.

O motivo que nos leva a auditar esse assunto é o cenário negativo de saúde da mulher devido ao desconhecimento sobre Humanização do cuidado, tanto pelas pacientes como pelos próprios profissionais de saúde e a pouca fiscalização por parte do SUS. A Auditoria ajuda a diminuir a violência obstétrica, maus tratos durante internamento como negação de acompanhante, dieta ou alívio da dor durante trabalho de parto, uso de procedimentos sem autorização da mulher, cobranças financeiras indevidas na rede SUS, assim como gravidez indesejada, aborto, adoecimento ou até a morte da mulher.

Para esta Auditoria adotaremos os seguintes procedimentos: avaliação das fichas de atendimento (prontuários) das mulheres assistidas na maternidade. Em seguida, uma parte dessas mulheres será aleatoriamente escolhida para entrevistas. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida pela Auditora que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação.

Essa Auditoria possui risco mínimo, que este relacionado à fadiga durante entrevista e desconforto por compartilhar suas dificuldades vivenciadas. A entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos, podendo ser interrompida por você a qualquer momento, por alguns minutos, para descanso. Você tem assegurado o direito a compensação ou indenização em casos de quaisquer danos eventualmente produzidos pela Auditoria. Os benefícios desta Auditoria são a melhoria da assistência à saúde da mulher com monitoramento do processo pela gestão Municipal de Saúde e correções das irregularidades identificadas.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a Auditora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da presente Auditoria de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar dessa Auditoria. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da auditora responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
AUDITORA: KATIANE SANTANA MIRANDA CEP/UESB-COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA DE SAÚDE DE JAGUAQUARA RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB DEPARTAMENTO DE AUDITORIA JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190 CONTATO: (73) 3534-1592 FONE: (73) 3528-9727 E-MAIL: katmiranda.auditoria@gmail.com E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com

APÊNDICE B:

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde CNS Você está sendo convidada como voluntária a participar de uma entrevista para dados da **Auditoria dos Serviços de Saúde no ciclo gravídico- puerperal**. Essa Auditoria pretende medir qualidade da assistência à Saúde da Mulher desde a Unidade Saúde da Família até o atendimento na Maternidade de Jaguaquara buscando: atendimento e anotações dos prontuários (fichas de atendimento) da mulher internada na maternidade durante gravidez, parto e puerpério (60 dias depois do parto); do de saúde da mulher com as anotações dos prontuários; mulher da assistência recebida na unidade de saúde da família e na maternidade.

O motivo que nos leva a auditar esse assunto é o cenário negativo de saúde da mulher devido ao desconhecimento sobre Humanização do cuidado, tanto pelas pacientes como pelos próprios profissionais de saúde e a pouca fiscalização por parte do SUS. A Auditoria ajuda a diminuir a violência obstétrica, maus tratos durante internamento como negação de acompanhante, dieta ou alívio da dor durante trabalho de parto, uso de procedimentos sem autorização da mulher, cobranças financeiras indevidas na rede SUS, assim como gravidez indesejada, aborto, adoecimento ou até a morte da mulher. Para esta Auditoria adotaremos os seguintes procedimentos: avaliação das fichas de atendimento (prontuários) das mulheres assistidas na maternidade. Em seguida, uma parte dessas mulheres será aleatoriamente escolhida para entrevistas.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida pela Auditoria que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação.

Essa Auditoria possui risco mínimo, que este relacionado à fadiga durante entrevista e desconforto por compartilhar suas dificuldades vivenciadas. A entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos, podendo ser interrompida por você a qualquer momento, por alguns minutos, para descanso. Você tem assegurado o direito a compensação ou indenização em casos de quaisquer danos eventualmente produzidos pela Auditoria. Os benefícios desta Auditoria são a melhoria da assistência à saúde da mulher com monitoramento do processo pela gestão Municipal de Saúde e correções das irregularidades identificadas.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a Auditoria responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jaguaquara, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do responsável pela menor

Assinatura da auditora responsável

Assinatura da menor

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

AUDITORA: KATIANE SANTANA MIRANDA CEP/UESB-COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA DE SAÚDE DE JAGUAQUARA RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N-UESB DEPARTAMENTO DE AUDITORIA JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190 CONTATO: (73) 3534-1592 FONE: (73) 3528-9727 E-MAIL: katmiranda.auditoria@gmail.com E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXOS

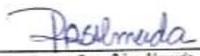
ANEXO A: Autorização do município de Jaguaquara (BA) para realização do estudo

	PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUAQUARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE Departamento de Auditoria Rua Avelar, 66 – Centro Fone: (73) 3534-1024 / 1592. Email: saude@jaguaquara.ba.gov.br	
---	--	---

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Renata Rose da Silva Almeida, ocupante do cargo de Secretária de Saúde do município de Jaguaquara, **AUTORIZO** a coleta de dados da Auditoria Municipal para o projeto “Auditoria dos Serviços de Saúde no ciclo gravídico- puerperal” da pesquisadora **Katiane Santana Miranda** após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

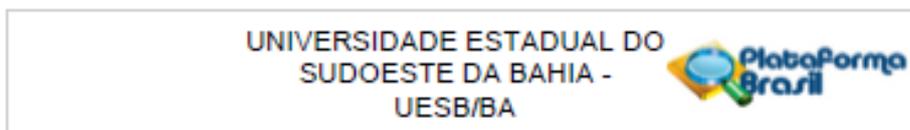
Jaquaquara, 30 de novembro de 2018

ASSINATURA:  _____
Dra. Renata Rose Silva Almeida
Secretária de Saúde
Dec. 006/2017

CARIMBO:

1

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Auditoria dos Serviços de Saúde no ciclo gravídico- puerperal: qualidade da assistência no controle das Intercomências

Pesquisador: KATIANE SANTANA MIRANDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09423318.1.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.461.281

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de uma pesquisa longitudinal e de caráter observacional e exploratório, que analisará dados da Auditoria em saúde vinculada ao marco conceitual da tríade de Avedis Donabedian, realizada de agosto a Dezembro de 2018 na Maternidade de Jaguaquara, dividida em etapas retrospectivas de análise de prontuários, e prospectiva através da análise de estrutura, do processo de trabalho e entrevista com as usuárias."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Auditar qualidade da assistência do SUS na Maternidade de Jaguaquara às mulheres no ciclo gravídico puerperal residentes no município.

Objetivos Secundários:

- Auditar, retrospectivamente, a qualidade da assistência do SUS às mulheres Internadas na Maternidade de Jaguaquara que apresentaram Intercomências no ciclo gravídico puerperal entre janeiro a maio de 2018.
- Auditar, prospectivamente, a qualidade da assistência do SUS às mulheres no ciclo gravídico puerperal, Internadas na Maternidade de Jaguaquara em novembro e dezembro 2018.
- Identificar o reconhecimento por parte dessas usuárias sobre as ações realizadas na assistência

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n	CEP: 45.206-510
Bairro: Jaquezinho	
UF: BA	Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-0727	Fax: (73)3525-8883
E-mail: cepuesb.jq@gmail.com	

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 3.461.201

SUS durante o ciclo gravídico puerperal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa na área de Ciências da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 18/07/2019, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1270684.pdf	13/04/2019 00:39:45		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ANEXOS_INSTRUMENTOS_AUDITORIA_KATMIRANDA.pdf	13/04/2019 00:39:13	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TALE_AUDITORIA_KATMIRANDA_2019.pdf	12/04/2019 17:43:19	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EXECUTIVO_AUDITORIA_MATERNIDADE_KATMIRANDA.pdf	12/04/2019 15:38:47	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	FRKkatiane.pdf	12/03/2019 19:04:55	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMA_FINANCEIRO_AUDITORIA_MATERNIDADE_KATMIRANDA.pdf	05/12/2018 11:34:49	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_coleta_de_dados_Auditoria_Maternidade.pdf	05/12/2018 11:30:30	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracoes_pesquisadores_Auditoria_Maternidade.pdf	05/12/2018 11:20:44	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-8883 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 3.401.201

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Auditoria_CEPE2018_KateMira nda.pdf	05/12/2018 10:39:38	KATIANE SANTANA MIRANDA	Aceito
---	--	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 18 de Julho de 2019

Assinado por:

Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepesb.jq@gmail.com