



MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA
Caop-SAÚDE

PROJETO NASCER COM DIGNIDADE:

Melhorando o Cuidado Materno-infantil

Maio/2017



MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA
CAOP-SAÚDE

**PROJETO NASCER COM DIGNIDADE:
MELHORANDO O CUIDADO MATERNO-INFANTIL**

Natal, RN
2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Ação Civil Pública
AIH – Autorização de Internações Hospitalares
AMIU – Aspiração Manual Intrauterina
APAMI – Associação de Proteção e Assistência a Maternidade e a Infância
ATB – Atenção Básica
CAOP – Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DVD – Disco de Vídeo Digital
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNPEC – Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HJPB – Hospital José Pedro Bezerra
HRAMP – Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
MP – Ministério Público
MPF – Ministério Público Federal
MPRN – Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte
MPT – Ministério Público do Trabalho do Rio Grande do Norte
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PGJ – Procuradoria Geral de Justiça
PmJ – Promotoria de Justiça
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PPI – Programação Pactuada Integrada
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
RN – Rio Grande do Norte
SESAP – Secretaria de Saúde Pública
SIM – Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal
SUS – Sistema Único de Saúde
SUVIGE – Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica

SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TAC – Termo de Ajustamento de Conduta
TRV – Teste do Reflexo Vermelho
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
URSAP – Unidades Regionais de Saúde
USG – Ultrassonografia
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade materna no Estado do RN
Tabela 2 – Quantidade de municípios visitados por região de saúde
Tabela 3 – Quantidade de equipamentos de saúde da rede de Atenção Básica visitadas, por regionais
Tabela 4 – Quantidade de maternidades visitadas, por regional de saúde
Tabela 5 – Quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) visitadas, por regionais
Tabela 6 – Produção Hospitalar da Maternidade Leide Moraes 2016 e 2017

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Equipes da Estratégia Saúde da Família (completude das equipes)
Gráfico 2 – Equipes da Estratégia Saúde da Família em descumprimento de carga horária por Regiões de Saúde.
Gráfico 3 – Tipos de vínculos empregatício dos profissionais da Estratégia Saúde da Família por Regiões de Saúde
Gráfico 4 – Disponibilidade de exames laboratoriais por Região de Saúde
Gráfico 5 – Teste rápido para HIV, sífilis e hepatite por Região de Saúde
Gráfico 6 – Oferta de Vacinas por Regiões de Saúde
Gráfico 7 – Exame de prevenção de colo de útero por Região de Saúde

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Lançamento do Projeto Nascer com Dignidade, em fevereiro de 2011
- Figura 2 – Cerimônia de premiação do Projeto Nascer com Dignidade, ocorrida em Brasília, no ano de 2016
- Figura 3 – Distribuição geográfica dos municípios visitados pelo projeto Nascer com Dignidade
- Figura 4 – Fachada de Unidades de Saúde no padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS)
- Figura 5 – Espaço interno da Unidade de Saúde no padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde
- Figura 6 – Fachada de unidade de saúde em desconformidade ao estabelecido pelo MS.
- Figura 7 – Espaço interno de unidades de saúde em desconformidade ao estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- Figura 8 – Obras de unidades de saúde paralisadas e sem previsão de conclusão.
- Figura 9 – Fotos de equipamentos e material de apoio deteriorados.
- Figura 10 – Fotos de equipamentos e material de apoio deteriorados.
- Figura 11 – Unidades de Saúde localizadas na zona rural.
- Figura 12 – Unidades de saúde localizadas na zona rural.
- Figura 13 – Mapa do RN com a localização geográfica dos Hospitais visitados
- Figura 14 – Sala de parto da APAMI São Miguel
- Figura 15 – Mapa do RN com as cidades com atuação significativa
- Figura 16 – sala de espera da APAMI Casa de Saúde Dix-Sept Rosado
- Figura 17 – sala de parto da APAMI Casa de Saúde Dix Sept Rosado
- Figura 18 – instalações internas da Maternidade Leide Moraes ANTES DA REFORMA
- Figura 19 – Instalações internas da Maternidade Leide Moraes DEPOIS DA REFORMA
- Figura 20 – Maternidade das Quintas ANTES DA MUDANÇA DE PRÉDIO
- Figura 21 – Maternidade Araken Irerê Pinto, antiga Maternidade das Quintas, APÓS A MUDANÇA DE PRÉDIO
- Figura 22 – Fachada da Maternidade do Hospital Regional de Macaíba após a reforma
- Figura 23 – Leitos obstétricos da Maternidade do Hospital Regional de Macaíba após a reforma
- Figura 24 – Centro Cirúrgico da Maternidade Luiza de Marilac
- Figura 25 – Fachada do Hospital Nelson Maia
- Figura 26 – Mapa do RN com as cidades que tiveram resultados concretos dentro do Projeto Nascer com Dignidade

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	08
2 METODOLOGIA	12
2.1 FASES DO PROJETO	12
2.2 QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS VISITADOS POR REGIÕES DE SAÚDE	14
2.3 QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, MATERNIDADES/HOSPITAIS E EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) VISITADOS POR REGIONAIS DE SAÚDE	16
2.4 QUANTIDADE DE INTERVENÇÕES MINISTERIAIS	17
3 ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	18
3.1 RECURSOS HUMANOS	18
3.1.1 Composição das Equipes da Estratégia Saúde da Família	18
3.1.2 Descumprimento de carga horária	20
3.1.3 Tipo de vínculo empregatício	22
3.2 SERVIÇOS	23
3.2.1 Exames laboratoriais	23
3.2.2 Ultrassonografia obstétrica	24
3.2.3 Oferta de exames de triagem neonatal	25
3.2.4 Teste rápido (HIV, Sífilis e hepatite)	27
3.2.5 Vacinas e exame de prevenção de colo de útero	28
3.3 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS ESTRUTURAS FÍSICAS E OS EQUIPAMENTOS DOS ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA	30
3.3.1 Estrutura Física	30
3.3.2 Equipamentos	32
3.4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ZONA RURAL	32
4 ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA REDE HOSPITALAR	34
5 ATUAÇÕES DO MPRN NA DEFESA DO PARTO SEGURO	36
6 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS: AJUDANDO A MELHORAR A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO ESTADO DO RN	41
6.1. Resultados alcançados na Atenção Primária (pré-natal)	41
6.2. Resultados alcançados na Rede Hospitalar (parto)	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53

APRESENTAÇÃO

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (MPRN) desenvolveu o Projeto Nascer com Dignidade como resposta institucional ao problema decorrente da deficiente assistência materno-infantil no Rio Grande do Norte, bem como impulsionado pelo chamado humanitário dos 08 objetivos do milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), dentre eles a redução da mortalidade materna e infantil. A estratégia de atuação ministerial atacou de forma direta as causas geradoras das violações de direitos associados ao binômio mãe-bebê visando a promover um pré-natal de mais qualidade e um parto humano e seguro. O projeto foi operacionalizado de forma ampla em praticamente todo o território estadual, com coordenação do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Saúde (CAOP-SAÚDE), alcançando a adesão de 59 Promotorias de Justiça.

Assim, o presente Relatório visa apresentar, de forma sucinta e direta, os resultados alcançados com o projeto Nascer com Dignidade, bem como a trajetória trilhada para atingir esses ganhos.

Para tanto, o conteúdo deste documento encontra-se sistematizado em sete capítulos. No primeiro, consta a introdução com um breve histórico, a justificativa e o objetivo do projeto. Na segunda parte, a metodologia de trabalho e as ferramentas utilizadas. No terceiro e quarto capítulos foram apresentados os dados coletados pela equipe do Caop Saúde referente à assistência materno-infantil na atenção básica de saúde e uma breve análise da rede hospitalar do RN, respectivamente. No quinto, elencaram-se as atuações ministeriais mais significativas dentro do projeto. No sexto, foram citados os resultados alcançados a partir dessas atuações. E, no sétimo e último capítulo, em que constam as considerações finais, foi feito panorama sobre o projeto, apontado as fragilidades do processo de execução e os ganhos obtidos.

1 INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes constituíram dois dentre oito objetivos do milênio estabelecidos, no ano 2000, pela ONU, que preconizavam uma redução da mortalidade materna em 15% até 2015. Por outro lado, a redução da mortalidade infantil e materna também estava entre as prioridades e os objetivos do Pacto pela Saúde de 2006, editado pelo Ministério da Saúde e, reforçado, ainda, como objetivo do Pacto pela Redução das Desigualdades, celebrado pelos governadores do Nordeste e Amazônia Legal com o Governo Federal.

Impulsionado pelo documento catalisador dos objetivos do milênio, o Brasil, uma das nações signatárias desse pacto mundial, comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna até 2015 em 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Para isso, inseriu o tema no Pacto Nacional pela Redução das Desigualdades, que teve como foco prioritário as regiões Norte e Nordeste.

O Estado do Rio Grande do Norte também firmou o compromisso, em abril de 2011. Tal iniciativa deu-se em função do dado trágico de que, em solo potiguar, 76% dos óbitos de recém-nascidos e 80% dos óbitos maternos ocorrem por CAUSAS EVITÁVEIS, em sua maioria relacionadas à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto, no pós-parto e também ao feto e ao bebê.

Para se ter uma ideia aproximada do impacto trágico dessa estatística, entre os anos de 2000 a 2007, em torno de 7 mil crianças menores de um ano de idade morreram no Rio Grande do Norte nesse contexto; considerando que aproximadamente 70% desses óbitos foram decorrentes de causas evitáveis, é possível concluir que mais de 5.000 crianças poderiam não ter morrido.

Ainda, as taxas de mortalidade materno-infantil em nosso estado (Tabela 1) estavam acima do índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza como aceitável a morte de até 20 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos, em países desenvolvidos.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade materna no Estado do RN.

(Quantidade de casos por 100 mil nascidos vivos)	
Ano	Taxa de mortalidade
2006	24,7
2007	31,1
2008	43,8
2009	46,7
2010	37,6
2011	80,7
2012	70,0
2013	46,9

(Quantidade de casos por 100 mil nascidos vivos)	
Ano	Taxa de mortalidade
2014	76,8
2015	50,8
2016*	56,6

Fonte: SIM - Sistema de informação sobre mortalidade da SUVIGE/SESAP (*Dados sujeitos a alterações)

Os dados da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica do RN (SUVIGE)/SIM/Sinasc demonstram que houve um salto significativo do coeficiente de mortalidade materna de 2006 para 2011, aumentando de 24,8 para 80,7 casos por 100 mil nascidos vivos. É importante registrar que, até 2008, o sistema de notificação desses óbitos ainda não era tão eficiente, e as informações não refletiam a realidade, o cenário era de subnotificações das causas do óbito materno. Somente depois de 2008, com o advento da Portaria Ministerial nº 1.119 de 05 de junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos, o controle da mortalidade passou a ser mais efetivo e rigoroso, e as taxas começaram a refletir a verdadeira situação do nosso estado, com índices bem superiores ao estabelecido pela ONU, sobretudo, nos anos de 2011, 2012 e 2014.

Diante dessa situação dramática, restou evidente a necessidade de o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (MPRN) adotar uma postura ativa em defesa da gestante e do bebê norte-rio-grandenses. Idealizou-se, assim, o Projeto Nascer com Dignidade: Melhorando o Cuidado Materno-infantil.

O projeto foi lançado em fevereiro de 2011, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Cidadania (CAOP CIDADANIA) (Figura 1), tendo por objetivo maior a promoção de uma articulação institucional voltada para o fortalecimento das ações assistenciais ofertadas pela rede de atenção à saúde da mulher e da criança e, consequentemente, auxiliar na redução dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.

Figura 1 – Lançamento do Projeto Nascer com Dignidade, em fevereiro de 2011.



Fonte: acervo Caop Saúde

Na época, a iniciativa contou com adesões de 56 Promotorias de Justiça e, posteriormente, mais 3 órgãos ministeriais aderiram tacitamente ao projeto, resultando que, dos 167 municípios do RN, 143 passaram a ser objeto de atuação ministerial diferenciada, alcançando-se 85,67% do território potiguar.

Em 2013, com a criação do Caop Saúde, o projeto passou a ser gerenciado por esse novo órgão, contando com o apoio de uma equipe ampliada, formada pelos seguintes profissionais:

- 1 Assistente Ministerial – Gestora Hospitalar;
- 1 Assistente Ministerial – Enfermeira;
- 2 Analistas do MPE – Assistentes Sociais,
- 1 Analista do MPE – Psicóloga
- 1 Técnica do MPE – área Administrativa
- 1 Assessora Jurídica
- 2 Estagiários de Direito;
- 1 MP Residente – área de Direito

A implantação do Caop Saúde, no âmbito do MPRN, com atuação específica na tutela de saúde pública, somada ao incremento na composição de sua equipe, possibilitou um maior e melhor suporte aos Promotores de Justiça generalistas que trabalham no interior do estado, quanto ao impulsionamento dos Inquéritos Cíveis instaurados em razão da adesão ao projeto.

No decorrer dos cinco anos de execução do “Nascer com Dignidade”, inúmeras diligências foram realizadas, com destaque para as visitas técnicas em unidades básicas de saúde e maternidades públicas, celebração de Termos de Ajustamento de Conduta (TACs), expedição de Recomendações e promoção de Audiências Públicas, assim como ajuizamento de Ações Cíveis Públicas (ACPs).

Essas ações geraram frutos concretos na melhoria da atenção materno-infantil no RN, com importantes resultados quantitativos, os quais encontram-se apresentados no capítulo 6 do presente Relatório.

No ano passado (2016), o projeto recebeu reconhecimento nacional, tendo sido agraciado com o primeiro lugar, na premiação anual promovida pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), na categoria Indução de Políticas Públicas, durante abertura do VII Congresso Brasileiro de Gestão do Ministério Público, em Brasília (Figura 2).

Figura 2 – Cerimônia de premiação do Projeto Nascer com Dignidade, ocorrida em Brasília, no ano de 2016.



Fonte: acervo do Caop Saúde

2 METODOLOGIA

2.1 FASES DO PROJETO

- **Pré-Projeto**

Para viabilizar o lançamento da atuação diferenciada, de que trata esse projeto, foi imprescindível o estabelecimento de parceria com a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SE-SAP) e o Comitê Estadual do RN para Redução de Mortalidade Materno-infantil, concretizada no Termo de Cooperação Técnica nº 025/2010-PGJ, firmado entre o MPRN e a Sesap, em maio de 2010, com o objetivo de promover articulação, integração e intercâmbio institucional para coleta de dados e informações técnicas, com vista a viabilizar a elaboração de roteiro de atuação a ser utilizado pelos Promotores de Justiça.

Dessarte, essa parceria permitiu vasta e essencial coleta de dados pelo Ministério Público, tais como: informações sobre os parâmetros sanitários da atenção materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) e as fragilidades e deficiências das redes de atendimento à saúde da mulher e da criança, em cada uma das 08 regiões de saúde existentes no estado.

- **Lançamento do Projeto na Instituição**

Após a coleta e sistematização das informações técnicas, foram elaboradas as peças-moldes para a atuação ministerial, tendo sido aglutinadas em um KIT DE ATUAÇÃO, composto de legislação sanitária específica; manuais e protocolos do SUS; minutas de peças processuais; pactos e planos sanitários na área materno-infantil, além de arquivos digitais contendo informações sobre a realidade sanitária de cada município-alvo.

O lançamento do projeto foi dividido em duas etapas, que contaram com a colaboração de técnicos das áreas de saúde da mulher e de saúde da criança da Sesap em parceria com o MPRN:

- Inicialmente para os municípios prioritários: durante evento realizado em Natal (em 07/02/2011), no auditório da Maternidade Escola Januário Cicco;

- Em momento posterior, para os demais municípios: durante eventos realizados em três regiões do estado, sediados nas cidades de Mossoró e Caicó (em 10 e 17/02/2011, respectivamente).

Tratando-se de prioridade institucional para o MPRN, os Promotores de Justiça foram estimulados a aderirem ao Nascer com Dignidade, de modo formal e por escrito. Com efeito, das 65 Promotorias de Justiça que tratam da temática saúde pública no MPRN, 59 aderiram ao projeto, contemplando 143 cidades do RN.

- **Inquéritos Cíveis/Recomendações**

Instaurados os Inquéritos Cíveis, foram requisitados documentos e informações, seguidas de inspeções in loco nas unidades básicas de saúde que realizam pré-natal e, quando necessário, foram feitas perícias nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (maternidades e hospitais gerais que realizam partos). Como primeira diligência, após a instauração dos Inquéritos Cíveis, foram expedidas Recomendações aos Prefeitos Municipais e aos Secretários Municipais de Saúde, para adequação da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido ofertada pelo Município, aos parâmetros assistenciais estabelecidos na legislação sanitária vigente.

- **Perícias na rede básica de saúde municipal e nas maternidades públicas**

A Procuradoria-Geral de Justiça (PGJ) ofertou imprescindível suporte para subsidiar a atuação de seus membros, por meio de corpo técnico contratado para elaboração de visitas periciais em unidades de saúde e/ou maternidades, sob gerência direta do Caop Saúde em associação com o setor de Gestão de Contratos, permitindo a produção de relatório minucioso de dados acerca das condições físicas, de Recursos Humanos (RH), abastecimento e gestão dos equipamentos de saúde visitados.

A partir da sistematização, em relatório técnico, de diversos dados sanitários, conseguiu-se aproximar, com qualidade, o Promotor de Justiça da realidade concreta da rede de saúde existente em sua área de atuação.

- **Audiência Pública e reuniões técnicas com gestores e sociedade civil organizada**

Foram realizadas algumas Audiências Públicas de abrangência estadual, na Assembleia Legislativa, e/ou de abrangência municipal, mediante solicitação dos Promotores de Justiça ou por sugestão do Caop Saúde, de modo a levar ao conhecimento da sociedade o desenvolvimento e a importância do projeto, bem como sensibilizar a todos quanto à necessidade de envolvimento coletivo na problemática da mortalidade materna e infantil, que produz gravíssimas repercussões sociais, em decorrência das perdas de vidas evitáveis.

Além disso, também, realizaram-se reuniões técnicas em diversas cidades, com a participação do Promotor de Justiça, do Caop Saúde, de Prefeitos, Secretários de Saúde e diretores dos serviços obstétricos dos municípios-alvo do projeto.

- **TACs/ACPs**

De acordo com o roteiro de atuação do projeto, após Inquérito Civil devidamente instruído, o membro do Ministério Público (MP) avaliou a possibilidade de promoção de arquivamento ou necessidade de celebração de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) ou mesmo de direto ajuizamento de Ação Civil Pública (ACP), visando à correção ou mesmo eliminação das

irregularidades sanitárias constatadas, de forma a resultar em minimização dos danos graves produzidos contra as gestantes e seus bebês, que se alastram por toda unidade familiar e chegam mesmo a alcançar indiretamente a comunidade.

- **Perfil da atenção materno-infantil no Estado do RN**

Vencidas todas as etapas anteriormente apresentadas, consolidaram-se alguns dados sanitários e de rede de serviços, com o objetivo de apresentar aos Promotores de Justiça e aos gestores de saúde um perfil da atenção materno-infantil no RN, de acordo com os municípios periciados, o qual se encontra explanado aqui.

2.2 QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS VISITADOS POR REGIÕES DE SAÚDE

Em atendimento à demanda das Promotorias de Justiça, das 143 cidades abrangidas pelo projeto, 71 receberam visita da equipe técnica do Caop Saúde ou da Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC), para realização de inspeção em equipamentos de saúde, alcançando um percentual de 49,65% do total dos municípios objeto de atuação.

Essas visitas foram realizadas na maior parte entre os anos de 2013 a 2016, após o incremento da equipe técnica do Caop Saúde.

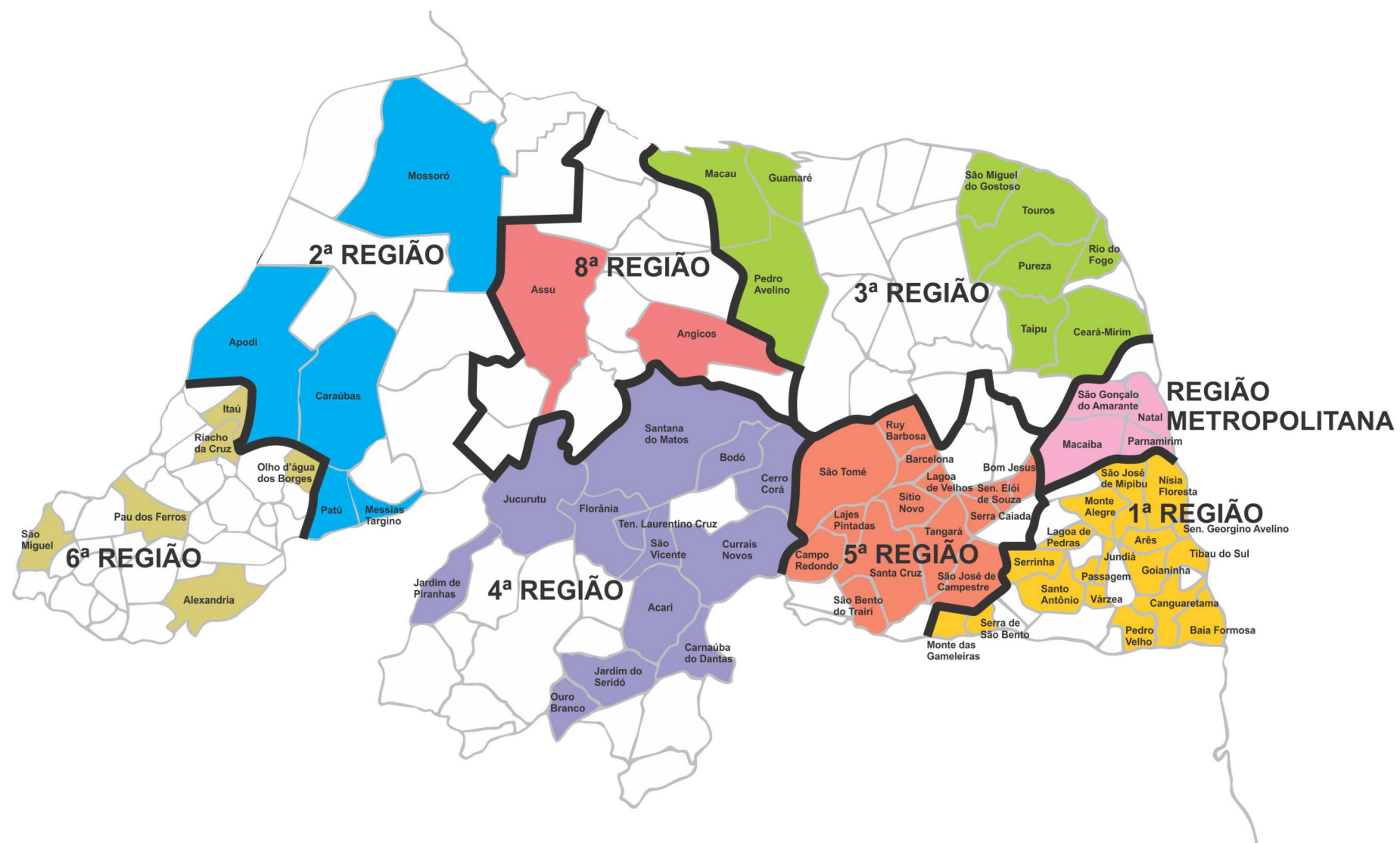
Para melhor visualização desse dado, verificar a Tabela 2 com a quantidade de municípios visitados, por regionais de saúde, situando-se no mapa do estado suas respectivas localizações geográficas (Figura 3):

Tabela 2 – Quantidade de municípios visitados por região de saúde

Unidades Regionais de Saúde (URSAP)	Quantidade Total de municípios que compõem a Ursap	Quantidade de municípios visitados	%
I Ursap – São José de Mipibú	27	18	66,7%
II Ursap – Mossoró	14	5	35,7%
III Ursap – João Câmara	25	9	36%
IV Ursap – Caicó	25	13	52%
V Ursap – Santa Cruz	21	14	66,6%
VI Ursap – Pau dos Ferros	37	6	16,21%
VII Ursap - Metropolitana	5	4	80%
VIII Ursap - Assu	13	2	15,38%
TOTAL	167	71	43,11%

Fonte: Secretaria do Caop Saúde

Figura 3 – Distribuição geográfica dos municípios visitados pelo projeto Nascer com Dignidade.



Fonte: Caop Saúde

2.3 QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, MATERNIDADES/HOSPITAIS E EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) VISITADOS POR REGIONAIS DE SAÚDE

No decorrer da execução do Nascer com Dignidade, foram promovidas 43 inspeções em maternidades/hospitais e 467 em equipamentos de saúde da rede de Atenção Básica, a exemplo de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Postos de Saúde e Centros de Saúde. Além disso, foram entrevistadas 446 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Seguem as Tabelas 3, 4 e 5 com os quantitativos de visitas realizadas na rede de Atenção Básica de Saúde, nas maternidades e nas equipes da ESF, por regionais de saúde do RN, respectivamente.

Tabela 3 – Quantidade de equipamentos de saúde da rede de Atenção Básica visitadas, por regionais.

Unidades Regionais de Saúde (URSAP)	Quantidade Total de equipamentos de saúde da Atenção Básica (CNES)	Quantidade de equipamentos de saúde visitados	%
I Ursap – São José de Mipibú	204	87	42,64%
II Ursap – Mossoró	126	49	38,8%
III Ursap – João Câmara	158	85	53,79%
IV Ursap – Caicó	212	79	37,26%
V Ursap – Santa Cruz	99	65	65,6%
VI Ursap – Pau dos Ferros	183	0	0
VII Ursap – Metropolitana	177	81	45,76%
VIII Ursap – Assu	73	21	28,76%
TOTAL	1.232	467	37,9%

Fonte: Secretaria do Caop Saúde

Tabela 4 – Quantidade de maternidades visitadas, por regional de saúde

Unidades Regionais de Saúde (URSAP)	Quantidade de maternidades visitadas
I Ursap – São José de Mipibú	5
II Ursap – Mossoró	5
III Ursap – João Câmara	6
IV Ursap – Caicó	8
V Ursap – Santa Cruz	4
VI Ursap – Pau dos Ferros	7
VII Ursap - Metropolitana	7
VIII Ursap - Assu	1
TOTAL	43

Fonte: Secretaria do Caop Saúde

Tabela 5 – Quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) visitadas,

Unidades Regionais de Saúde (URSAP)	Quantidade de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) visitadas
I Ursap – São José de Mipibú	75
II Ursap – Mossoró	57
III Ursap – João Câmara	55
IV Ursap – Caicó	52
V Ursap – Santa Cruz	49
VI Ursap – Pau dos Ferros	0
VII Ursap - Metropolitana	136
VIII Ursap - Assu	22
TOTAL	446

Fonte: Secretaria do Caop Saúde

2.4 QUANTIDADE DE INTERVENÇÕES MINISTERIAL

A partir da atuação de 59 Promotorias de Justiça que fizeram adesão ao projeto, presentes em todas as regiões do Estado do RN, foram instaurados um total de 130 Inquéritos Cíveis, com objetivo de intervir, para impulsionar a qualificação, da rede de serviços de atenção materno-infantil, em seus respectivos municípios de atuação.

Como decorrência do impulsionamento de todos esses cadernos processuais, os órgãos de execução do MPRN, além de terem promovido inúmeras reuniões técnicas com diversas Secretarias de Saúde e expedido requisições de informações, celebraram também cerca de 10 Termos de Ajustamento de Conduta (TACs); produziram 54 Recomendações; promoveram 09 Audiências Públicas, bem como ajuizaram 11 Ações Cíveis Públicas. Esse acúmulo ordenado e uniformizado de atuação resultou em ganhos concretos para melhoria da oferta de atenção materno-infantil na rede pública de saúde no estado.

3 ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Após a conclusão do processo de visitas às unidades básicas de saúde, iniciou-se a análise dos dados coletados em 7 Regiões de Saúde do RN, com exceção dos municípios que compõem a 6ª Região de Saúde (Pau dos Ferros), uma vez que não foram feitas visitas nesse território.

Essa análise tem como referências principais as seguintes normas: Portaria nº 2.488/2011 – Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e Portaria nº 1.459/2011 que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, além das demais normatizações do Ministério da Saúde acerca da atenção materno-infantil.

Foram investigados os seguintes aspectos relacionados às Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF):

- a) composição das equipes;
- b) descumprimento de carga horária;
- c) tipo de vínculo empregatício; e,
- d) serviços disponíveis no município para atendimento a demanda do pré-natal, assim como, informações gerais, sobre a disponibilidade de equipamentos e estrutura física das unidades. A seguir, cada tópico será detalhado.

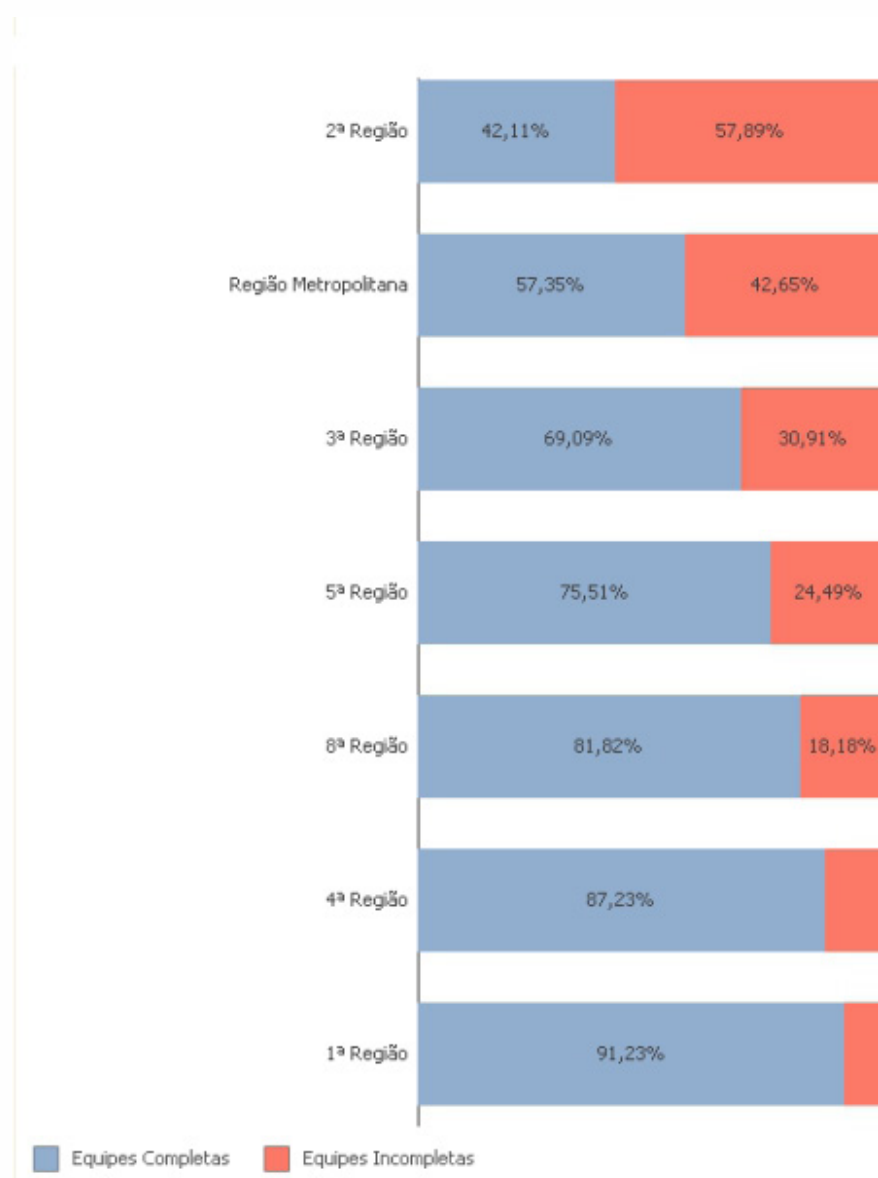
3.1 RECURSOS HUMANOS

3.1.1 Composição das Equipes da Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)/2011 estabelece a composição mínima para as ESF, incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar em saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Dessa forma, segue o Gráfico 1 referente às equipes da ESF de 07 Regiões de Saúde do RN.

Gráfico 1 – Equipes da Estratégia Saúde da Família (completude das equipes)



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Os dados supracitados evidenciam o maior percentual de equipes incompletas na 2ª região (57,89%). Na Região Metropolitana (42,65%) e na 3ª Região (30,91%), as equipes apresentavam falta de, pelo menos, um profissional da ESF ou da equipe de apoio administrativo (recepcionistas, auxiliar de serviços gerais, vigias, dentre outros).

Essa constatação é bem preocupante haja vista a composição da ESF prever apenas uma conformação mínima de profissionais multidisciplinar: é evidente o grave dano aos usuários do SUS, quanto ao acesso e à própria qualidade deste, na rede de Atenção Básica de Saúde (ATB)

Além do mais, foram encontradas equipes responsáveis por acolher, em sua área adscrita, uma população superior à recomendada pela PNAB – que já preconiza um quantitativo elevado de até 3.000 pessoas/equipe. Agravando ainda mais essa situação, a PNBA também determina que o grau de vulnerabilidade da comunidade a ser atendida seja considerado como parâmetro na definição do quantitativo da população, de modo que, quanto maior for o grau

de vulnerabilidade das famílias do território, menor deverá ser o quantitativo da população sob a responsabilidade de cada ESF. E o perfil sócioeconômico do nosso estado é de muitas famílias em situação de vulnerabilidade social, especialmente no interior.

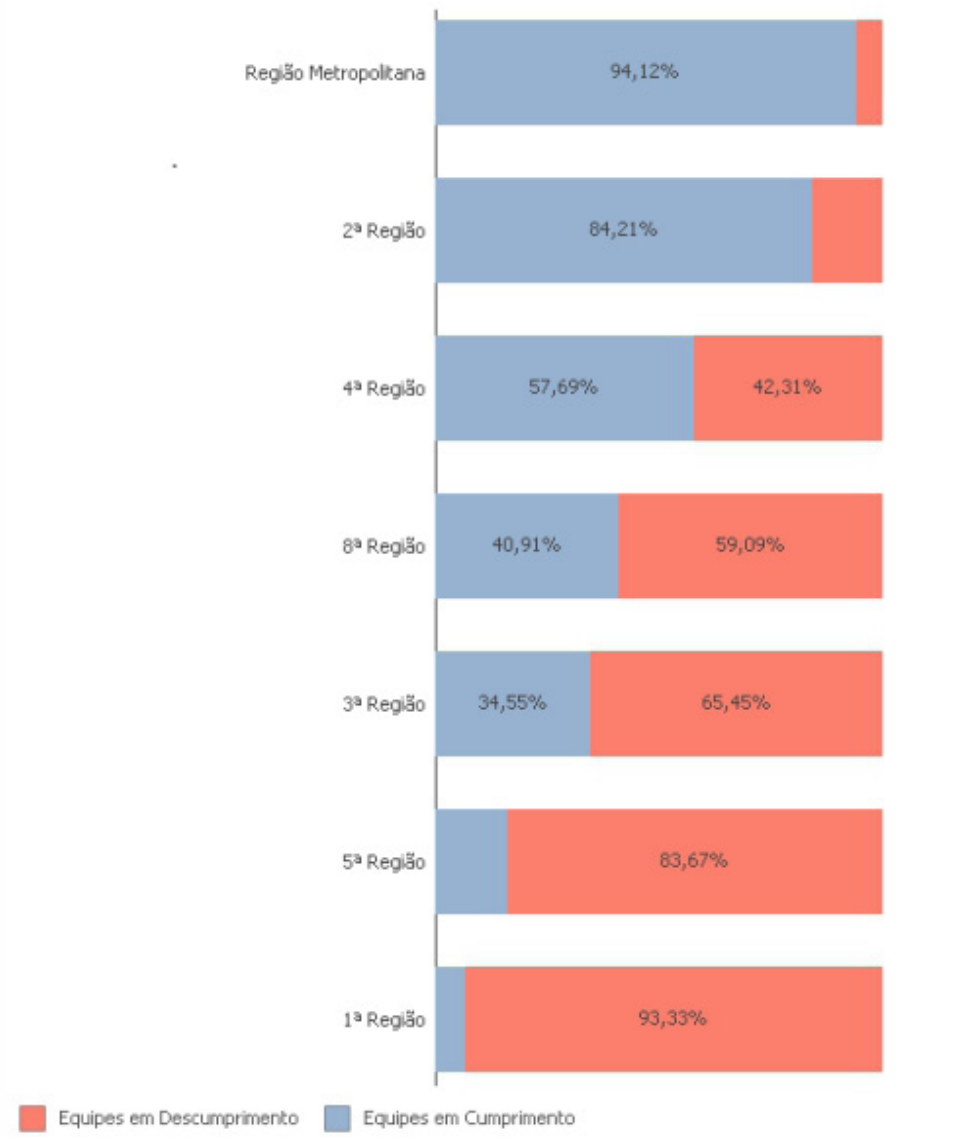
3.1.2 Descumprimento de carga horária

Em relação ao cumprimento da carga horária, nos termos preconizados pela PNAB/2011, todos os profissionais que integram a ESF possuem vínculos de 40 horas semanais, ressalvadas as particularidades associadas apenas ao profissional médico, tais como: “Programa Mais Médicos”, Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), além da possibilidade de contratação de dois médicos com vínculo de 20 horas semanais.

O descumprimento de carga horária foi evidenciado pela identificação, de pelo menos, um profissional integrante da equipe mínima da ESF sem cumprir a jornada para a qual foi contratado. Essa constatação deu-se pela observação nos cronogramas das equipes ou pelos relatos dos próprios servidores durante as entrevistas, principalmente no relatado de existência de folgas.

O Gráfico 2 apresenta o panorama por Regiões de Saúde quanto ao descumprimento da carga horária, tendo como subsídio a Portaria nº 2.488/11 (Política Nacional de Atenção Básica) que determina a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família.

Gráfico 2 – Equipes da Estratégia Saúde da Família em descumprimento de carga horária por Regiões de Saúde



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Pela leitura dos dados expostos, percebe-se que os maiores índices de descumprimento de carga horária foram identificados na 1ª Região, com 93,33%, seguido pela 5ª Região, com 83,67%, e pela 3ª Região com 65,45%.

A 8ª e 4ª Regiões também apresentaram índice alto dessa problemática, 59,09% e 42,31%, respectivamente.

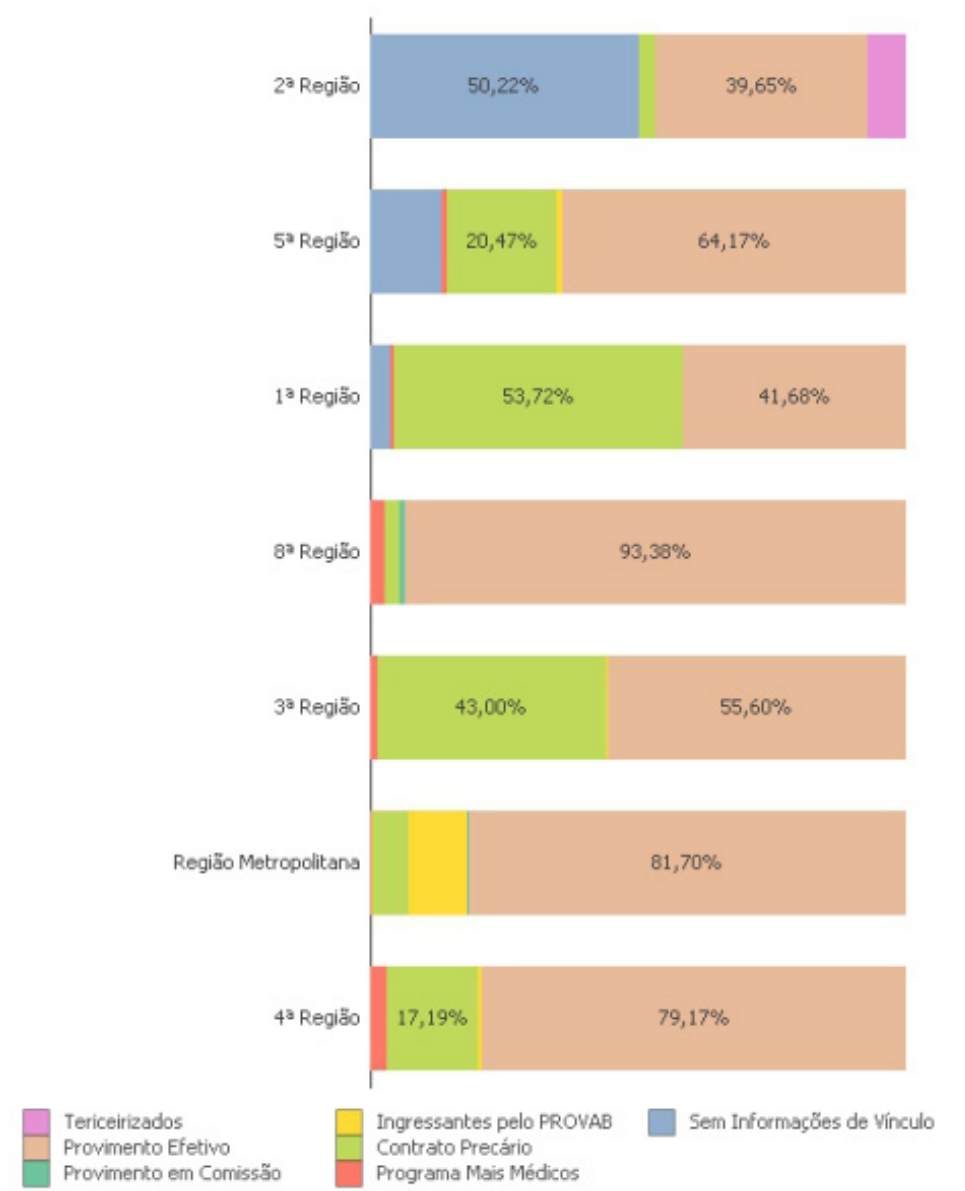
É cabível de menção, que foi predominante nas unidades visitadas, a ausência de registro do ponto de maneira eletrônica, o que dificulta a efetiva gerência sobre o cumprimento adequado da jornada contratada.

3.1.3 Tipo de vínculo empregatício

No que se referente aos vínculos empregatícios das equipes, foram observados diversos tipos: contratos temporários, cargos em comissão, cedidos, terceirizados, vinculação com programas específicos (PROVAB e “Mais Médico”) e servidores públicos municipais efetivos.

O Gráfico 3 apresenta os tipos de vínculos identificados em cada Região de Saúde.

Gráfico 3 – Tipos de vínculos empregatício dos profissionais da Estratégia Saúde da Família por Regiões de Saúde



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

No Gráfico 3, verifica-se que a 8ª Região tem 93,38% do seu quadro funcional composto por servidores com vínculos efetivos, seguida da Região Metropolitana, com 81,70%, e da 4ª Região, com 79,17%, porém, ainda observa-se a predominância de vínculos precários na 1ª

Região, onde 53,72% dos profissionais possuem contratos temporários, assim como um índice considerado na 3ª Região, de 43,00% dos servidores com essa vinculação.

Assim, apesar do panorama em algumas regiões de saúde com elevado índice de vínculos estatutários, percebe-se que em outras predomina um percentual acentuado de profissionais contratados por tempo determinado ou ocupando cargos em comissão, o que evidencia uma realidade de precarização de vínculos incompatível com a natureza de essencialidade e continuidade dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde define como trabalho precarizado aquele que não garante a segurança jurídica do trabalhador e que prejudica a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS, em decorrência, principalmente, da descontinuidade na oferta das ações.

Dessa maneira, é essencial a promoção de concursos públicos para provimento de cargos efetivos na atenção básica, de forma a garantir os objetivos da atenção primária de saúde, que, dentre outros, desponta a imprescindível construção de vínculo entre usuários e profissionais de saúde dos seus territórios; competência, essa, incompatível com uma rotatividade contínua de trabalhadores.

3.2 SERVIÇOS

A respeito dos serviços essenciais disponíveis nos estabelecimentos da atenção básica, para suporte ao pré-natal e ao recém-nascido, foram vistoriados com mais ênfase: o acesso aos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite, aos exames laboratoriais, às ultrassonografias, às vacinas e ao exame de prevenção do colo de útero.

3.2.1 Exames laboratoriais

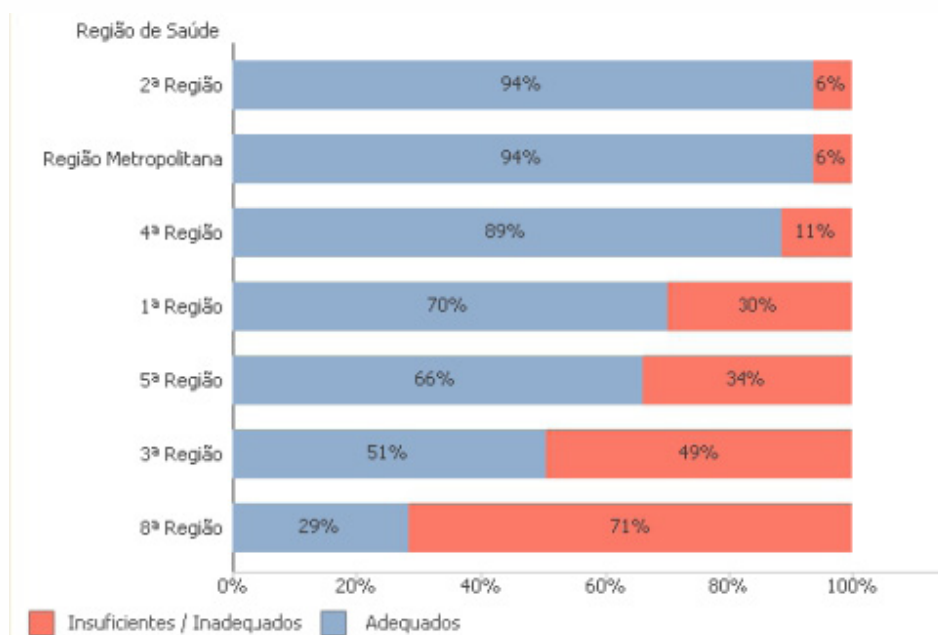
A 8ª Região apresentou o maior índice de exames laboratoriais considerados insuficientes ou inadequados, alcançando percentual de 71%; ademais, a 3ª, a 5ª e a 1ª Regiões também apresentaram insuficiência gravosa e, a 6ª e a 2ª Regiões, mesmo apresentando melhor cobertura em relação as outras, precisam melhorar, na medida em que cabe aos municípios ofertar 100% dos exames diagnósticos à gestante. Assim, a insuficiência de cobertura, aqui evidenciada, resulta diretamente em perda de qualidade da prestação do serviço de pré-natal.

A Rede Cegonha¹, no componente pré-natal, estabelece a garantia dos exames de pré-natal para gestantes de risco habitual e de alto risco, com acesso aos resultados em tempo oportuno. Diversas visitas da equipe do Caop Saúde identificaram baixa qualidade na oferta dos exames laboratoriais, tanto pelo tempo inadequado na entrega dos resultados, quanto pela indisponibilidade integral desses exames.

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

Esses dados podem ser observados no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Disponibilidade de exames laboratoriais por Região de Saúde

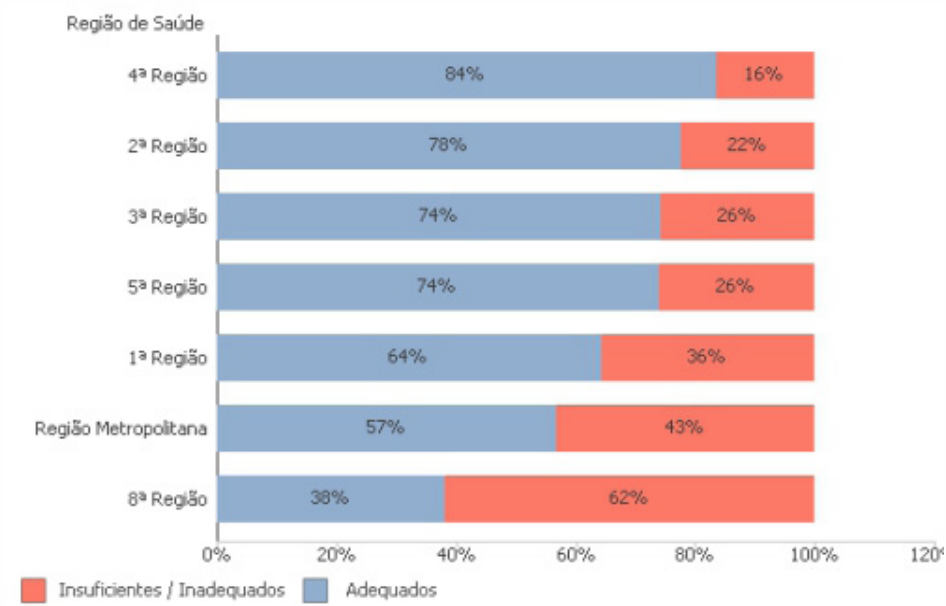


Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

3.2.2 Ultrassonografia obstétrica

Sobre a oferta das ultrassonografias para as usuárias, durante o período gestacional, a realidade averiguada nos municípios está apresentada no Gráfico 5, com uma referência de dados por região.

Gráfico 5 – Ultrassonografia obstétrica



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Neste tópico, em todas as regiões, colheram-se registros da disponibilidade desse exame diagnóstico de modo inadequado, geralmente pelo tempo insuficiente para ter acesso a esse exame.

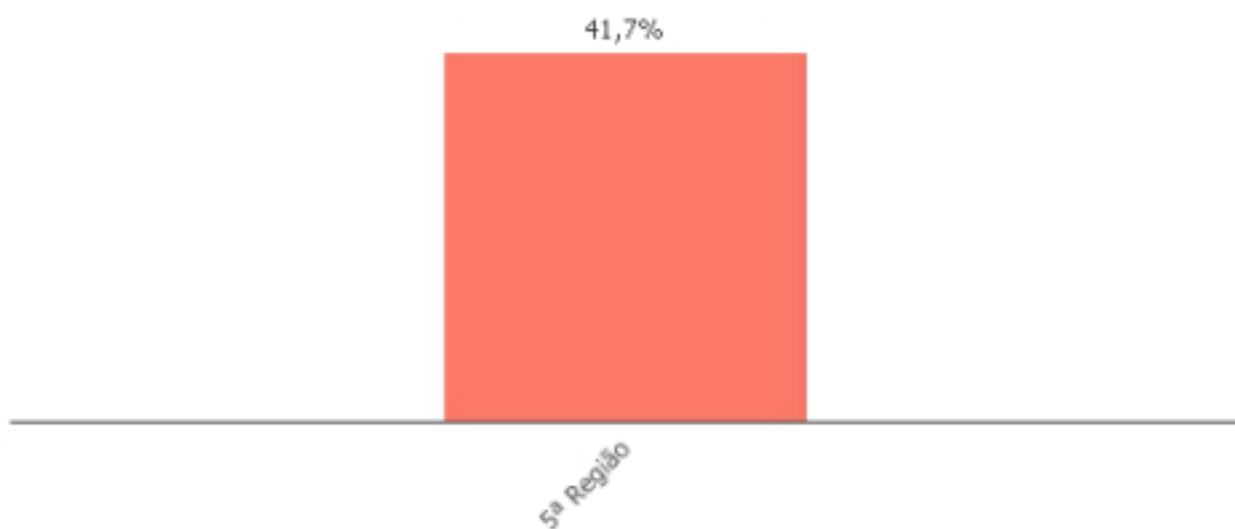
O território mais deficitário foi a 8ª Região, onde o índice de insuficiência alcançou 62%; seguido pela região metropolitana, com 43%, e pela 1ª região, com 36%. A 5ª, a 3ª e a 2ª Regiões apresentaram quantitativos semelhantes, em média de 21,3% de inadequação e/ou insuficiência.

Assim, é possível considerar que a acentuada fragilidade identificada nesse quesito, está associada ao tempo inadequado de entrega das USGs, resultando, muitas vezes, na busca pelas usuárias por serviços privados; porém muitas sequer podem pagar pelo acesso a esse exame de imagem, gerando dupla exclusão.

3.2.3 Oferta de exames de triagem neonatal

Durante as entrevistas, foram levantadas informações sobre as regiões que não estão garantindo o acesso das crianças aos exames de triagem neonatal, especificamente, ao teste do “Pezinho”, teste do “Olhinho” e teste da “Orelhinha”, conforme mostrado, a seguir, nos Gráficos 6, 7 e 8.

Gráfico 6 – Não oferta de teste de triagem neonatal (“Pezinho”) por Regiões de Saúde

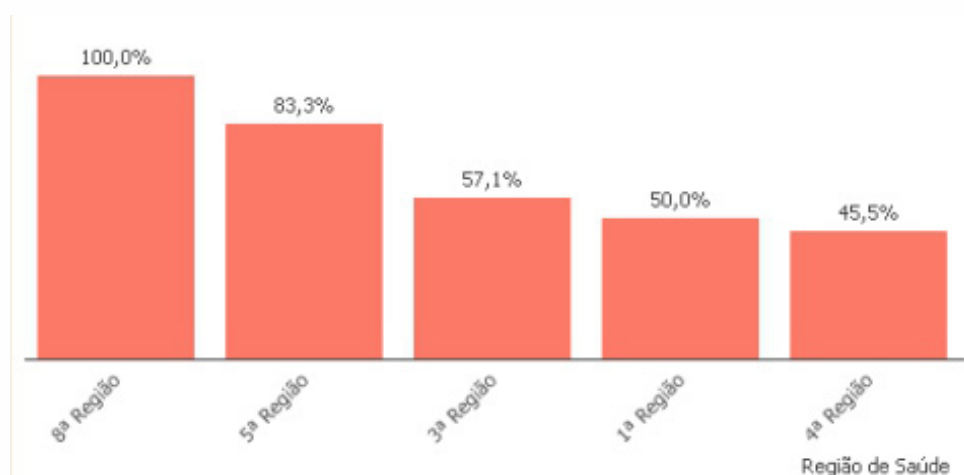


Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Sobre a disponibilidade do teste do pezinho pelo município de residência dos bebês, constatou-se que apenas a 5ª Região de saúde não oferta integralmente esse serviço aos seus usuários: em 41,7% dos municípios dessa região, foi relatada essa problemática. Mesmo não havendo dados que evidenciem a problemática de acesso nas outras regiões, é cabível de menção que muitas cidades ainda prestam essa assistência de modo centralizado em um número

limitado de unidades de saúde, sobre a justificativa de insuficiência de técnicos de enfermagem capacitados para execução desse exame. Assim, é cabível a estruturação de ações para garantir esse acesso, como também as devidas formações continuadas que garantam a capacitação dos servidores necessários para descentralizar essa assistência para uma rede mais ampla de unidades.

Gráfico 7 – Não oferta de teste de triagem neonatal (“Olhinho”) por Regiões de Saúde

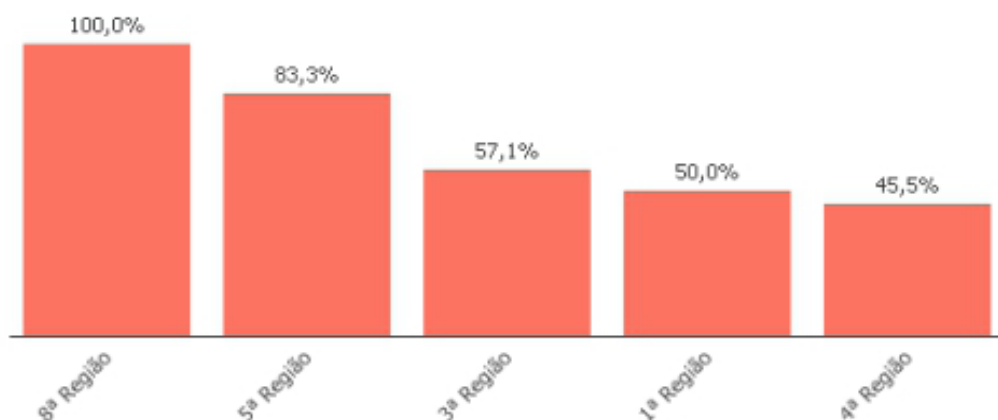


Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

O Teste do Reflexo Vermelho (TRV), conhecido também por teste do “Olhinho” está incluído dentro das Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular. Os nascituros devem ser submetidos ao TRV antes da alta da maternidade e repeti-lo duas a três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida. Assim, o município precisa garantir essa oferta em seu território ou referenciar para unidades de saúde aptas a garanti-lo.

O Gráfico 7 também demonstra que na 8ª Região de saúde não há registro dessa disponibilidade e que nas demais, a oferta apresenta índices acentuados de indisponibilidade.

Gráfico 8 – Teste de triagem neonatal (“Orelhinha”)



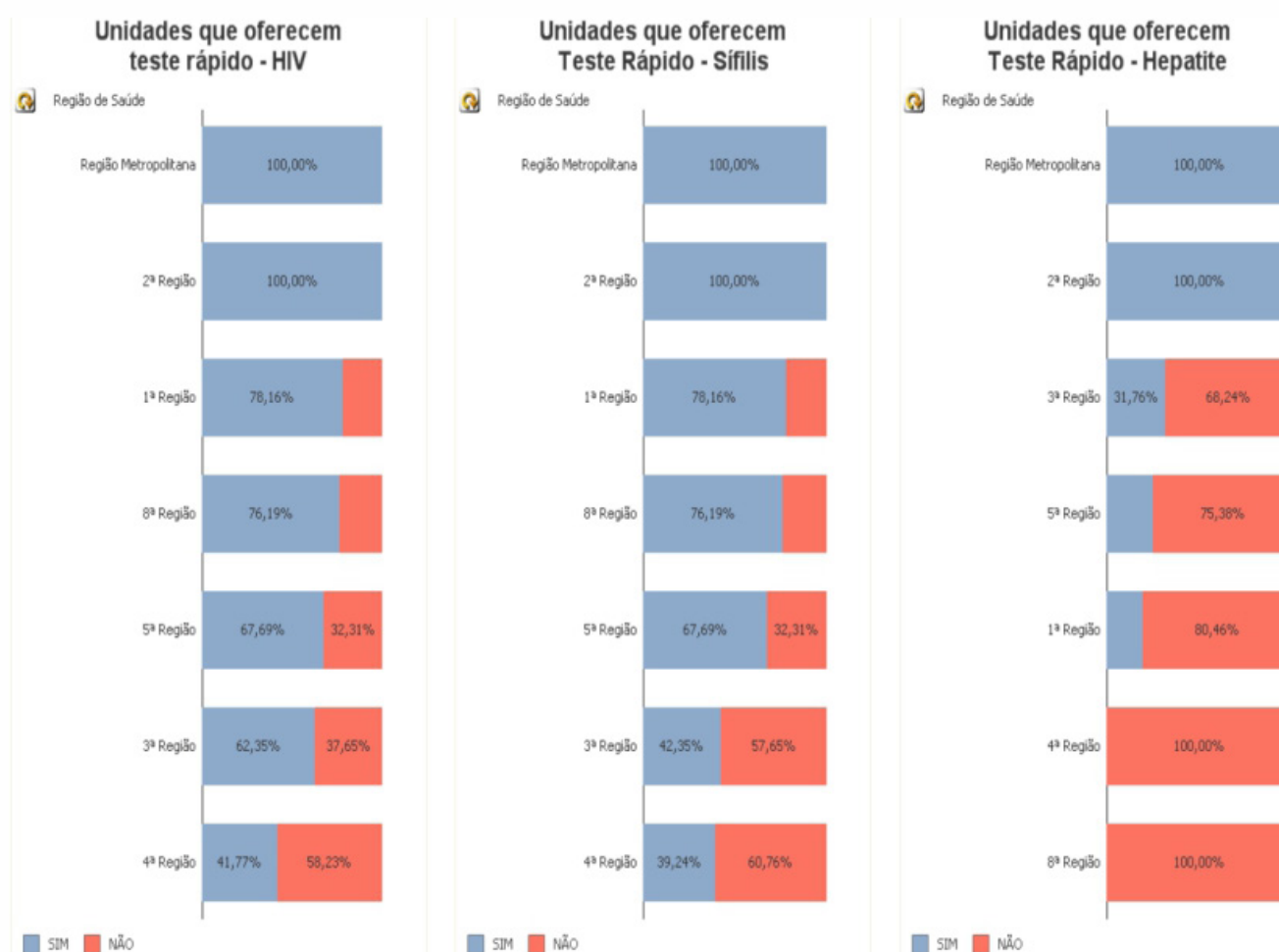
Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, a realização do teste e reteste, conhecido como teste da “Orelhinha”, sendo verificado, nos dados levantados, que a oferta ainda é precária nas regiões de saúde do estado, principalmente na 8ª (que não oferta esse serviço) e na 5ª Região, onde foi identificado um índice de 83,3% de indisponibilidade. Ademais, a 3ª, 1ª e 4ª Regiões apresentaram índices precários em relação a essa oferta.

3.2.4 Teste rápido (HIV, sífilis e hepatite)

No que concerne à disponibilidade de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite o Gráfico 9, mostra a distribuição por Regiões de Saúde.

Gráfico 9 – Teste rápido para HIV, sífilis e hepatite por Região de Saúde



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

A Rede Cegonha determina que o componente pré-natal deve assegurar a prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; nessa toada, levantou-se a disponibilidade desses testes em todas as unidades de saúde visitadas da atenção básica, sendo verificado que a oferta da testagem para hepatites é praticamente ínfima, considerando que apenas a região

metropolitana e a 2ª Região aparecem com 100% de oferta desse serviço; nas demais regiões predomina uma oferta insuficiente ou sua total ausência, como verificado nas 4ª e 8ª Regiões.

Quanto aos demais testes, verifica-se que 58,23% das unidades de saúde da 4ª Região não ofertam teste rápido para HIV, seguida da 3ª Região, onde o percentual chega a atingir 37,65 %.

No referente aos testes rápidos para sífilis, verifica-se a inexistência do serviço em 60,76 % das unidades pertencentes a 4ª Região; além disso, a 3ª Região aparece com 57,65% dos estabelecimentos da atenção básica sem a oferta desse teste.

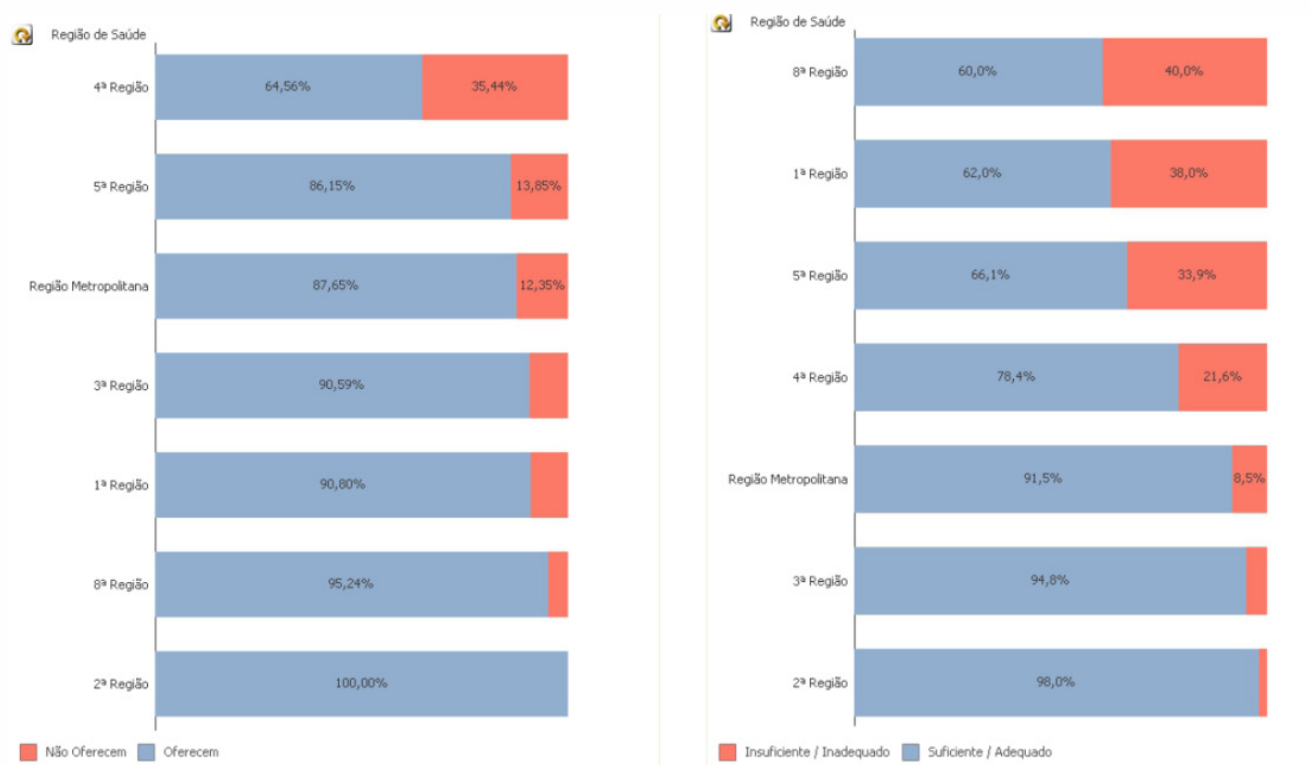
Os dados supracitados contrapõem-se ao estabelecido pela Política Nacional de DST/aids que destaca a importância das testagens e do aconselhamento para as ações de promoção à saúde da população no âmbito da assistência à saúde.

Nesse âmbito, foi relatada, como uma das condições que impossibilita a oferta dos testes rápidos nos territórios, a ausência de ambiente adequado para armazenamento dos kits. As unidades de saúde localizadas na zona rural são as que convivem de modo mais acentuado com essa carência, pela precarização de suas estruturas físicas.

3.2.5 Vacinas e exame de prevenção de colo de útero

Os Gráficos 10 e 11 demonstram a oferta de vacinas e exame de prevenção do colo de útero por Região de Saúde.

Gráfico 10 – Oferta de vacinas por Regiões de Saúde

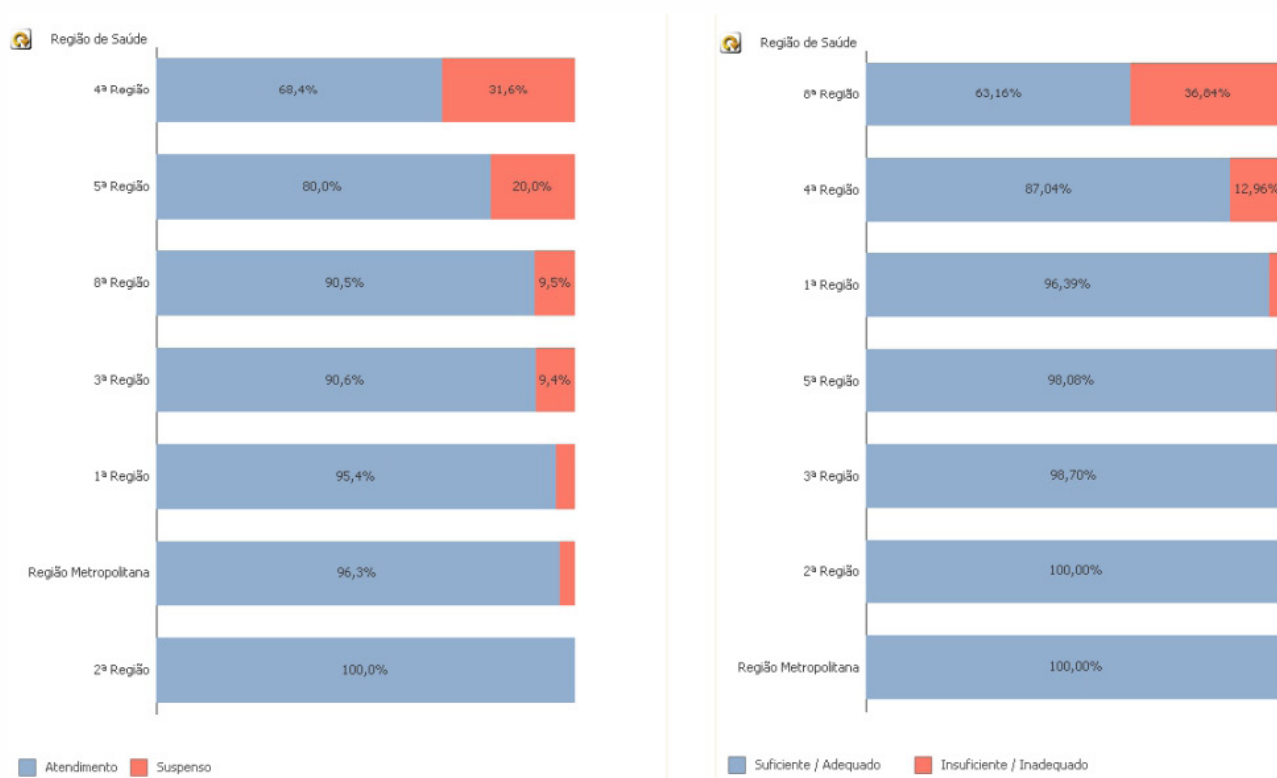


Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Os dados evidenciam que 40% das unidades da 8ª Região disponibilizam vacinas ainda de modo insuficiente ou inadequado, o mesmo ocorre na 1ª Região, com 38% dos estabelecimentos e na 5ª Região, onde apenas 33,9% ofertam e também não disponibilizam as vacinas em condições adequadas. Desse modo, trata-se de uma realidade ainda preocupante no âmbito do SUS, mesmo o Programa de Imunização sendo bastante elogiado mundialmente.

No que atine à oferta do exame de prevenção de colo de útero, verifica-se que a maioria das unidades relatou executar o procedimento, porém, muitas em condições insatisfatórias em decorrência do inadequado tempo de entrega dos resultados dos exames. Ademais, algumas unidades não apresentavam estrutura física que permitisse a execução do exame nas condições adequadas de acolhimento aos usuários, ou seja, com a garantia necessária do sigilo e demais condições objetivas, como a inexistência de uma maca ginecológica.

Gráfico 11 – Exame de prevenção de colo de útero por Região de Saúde



Fonte: Setor de Planejamento da PGJ

Os dados apresentados evidenciam que a 4ª Região é a que apresenta maior índice de unidades com exame preventivo suspenso (31,6%), seguido pela 5ª Região (20%). No que se refere aos que apresentam insuficiência na qualidade do processo de realização dos exames, a 8ª Região apresenta-se com o maior índice dessa precarização (36,84%), seguida pela 4ª Região (12,96%).

3.3 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS ESTRUTURAS FÍSICAS E OS EQUIPAMENTOS DOS ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

3.3.1 Estrutura Física

No que se refere às condições de estrutura física e equipamentos, foi observada uma realidade semelhante na maioria das unidades visitadas. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece os ambientes considerados como essenciais para a prestação dos serviços sanitários nesse nível de atenção à saúde, abarcando uma totalidade de espaços para o devido acolhimento dos usuários e adequadas condições de trabalho para os servidores. Porém, nas diversas unidades visitadas, foram observados, com pouquíssimas exceções, ambientes inadequados ou insuficientes em decorrência da ausência de alguns espaços imprescindíveis e/ou condições de manutenção da unidade.

Ao longo de todo esse trabalho de campo da equipe do Caop Saúde, foi constante a visualização de usuários sem local adequado, até mesmo para aguardar o atendimento; assim como a convivência com espaços sem refrigeração adequada e que permitisse a privacidade no momento do acolhimento, descumprindo o estabelecido em termos de ambiência da Política Nacional de Humanização (PNH).

Essa normativa dispõe que os ambientes das unidades de saúde devem assegurar um espaço confortável para trabalhadores e pacientes, que garanta o sigilo e se configure como espaço que facilite a execução do processo de trabalho.

As Figuras 4, 5, 6 e 7 propiciam um demonstrativo das realidades antagônicas de unidades visitadas.

Figura 4 – Fachada de Unidades de Saúde no padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS)



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 5 – Espaço interno da Unidade de Saúde no padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 6 - Fachada de unidade de saúde em desconformidade ao estabelecido pelo MS.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 7 - espaço interno de unidades de saúde em desconformidade ao estabelecido pelo Ministério da Saúde.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

No âmbito do disciplinamento de execução de obras, o MS edita portarias específicas sobre ações de reforma, manutenção e construção. Durante as visitas, foram verificadas problemáticas que abarcavam a paralisação de obras (Figura 8); o descumprimento do prazo estabelecido para conclusão, dentre outros impasses. Nesse contexto, cita-se a Estratégia Requalifica UBS, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde visando a melhorar as estruturas físicas das unidades.

Figura 8 - Obras de unidades de saúde paralisadas e sem previsão de conclusão.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

3.3.2 Equipamentos

Quanto às condições averiguadas sobre a existência e/ou condições de uso dos equipamentos, percebeu-se que a maioria das unidades tinha precarização nos itens voltados à execução de ações educativas (Data Show, DVD e televisão), que subsidiam as intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

É cabível relatar que, dentre as diversas situações verificadas, umas das mais agravantes foram aquelas que resultavam diretamente na interrupção dos serviços, como é o caso, da falta de maca ginecológica que impossibilita a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, assim como a completa falta de sonar e autoclave. Ademais, a maioria das unidades também apresentava impasses em relação ao quantitativo e/ou qualidade dos mobiliários, em muitas dessas, foi verificada, inclusive, falta de cadeiras para a devida espera pelos atendimentos (Figuras 9 e 10).

Figura 9 - Fotos de equipamentos e material de apoio deteriorados.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 10 - Fotos de equipamentos e material de apoio deteriorados.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

3.4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ZONA RURAL

A descentralização e a regionalização são princípios organizativos do SUS e, no âmbito da atenção básica, abrange a necessidade de os serviços serem ofertados na zona rural. Na maioria dos municípios visitados, foi vistoriada a totalidade de unidades da atenção básica situada fora da zona urbana.

Destaca-se que foi em unidades situadas na zona rural onde se constatou extrema insuficiência das estruturas físicas e de oferta de ações. Nesses ambientes, obstáculos ao acesso são uma constante, dentre esses, verifica-se a grande dimensão territorial da maioria dos municípios, associada à baixa densidade populacional nas áreas rurais, fatores que impelem os gestores a não realizarem investimentos mínimos em zonas rurais (Figuras 11 e 12).

Figura 11 - Unidades de Saúde localizadas na zona rural.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 12 - Unidades de saúde localizadas na zona rural.



Fonte: Acervo do Caop Saúde

4 ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA REDE HOSPITALAR

Diante da necessidade de avaliar as condições de oferta e qualidade da assistência ao parto no Estado do RN, por meio da rede de assistência materno-infantil, foram feitas 43 visitas de inspeção em diversos serviços hospitalares, a partir de um check list como instrumento de coleta de dados, realizadas pela equipe da UFRN/Funpec e também do Caop Saúde. Na Figura 13, pode-se visualizar a abrangência dessas visitas no RN.

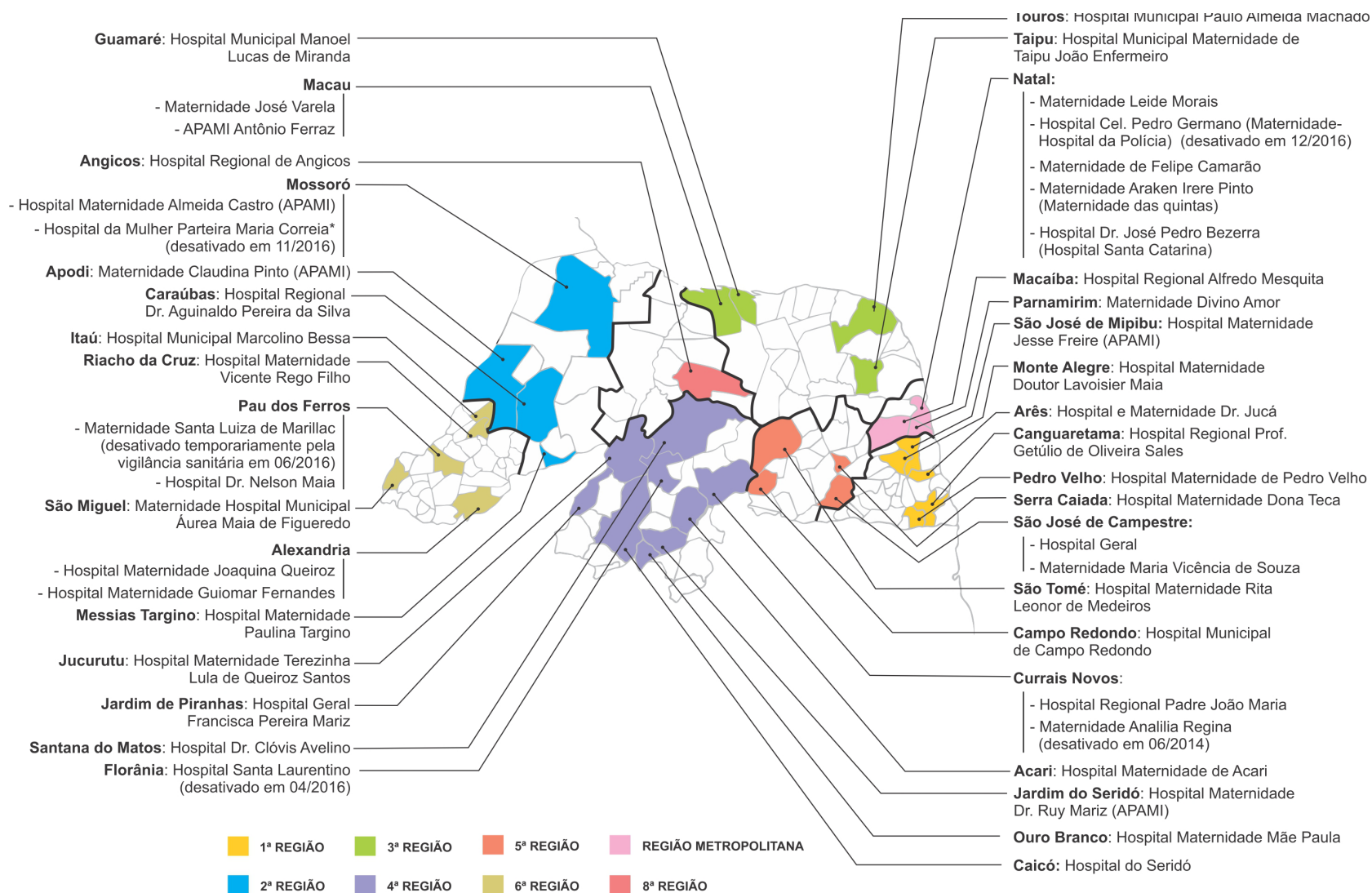
Como já dito, os dados coletados foram obtidos por meio de visitas in loco nas unidades hospitalares, sendo posteriormente elaborados relatórios que fornecem uma visão geral sobre a capacidade instalada dos estabelecimentos visitados e sua importância para a região geográfica onde se situa.

A principal estratégia do Projeto Nascer com Dignidade foi articular, junto as gestões sanitárias municipais e do estado, mudanças na organização e no referenciamento regional das ações de saúde, buscando lhes agregar mais resolutividade via ações extrajudiciais, preferencialmente, mas também judiciais, promovidas pelo MP; bem como oferecendo aos promotores de justiça informações amplas e precisas sobre as condições dos estabelecimentos de saúde, apontando as principais fragilidades na sua gestão, circunscritas à seara materno-infantil.

Destaca-se também a articulação promovida pelo Caop-Saúde fomentando atuação parceira, conjunta e harmônica entre o Ministério Público Estadual (MPE), Ministério Público do Trabalho do RN (MPT) e o Ministério Público Federal (MPF), tendo sido desencadeadas ações que culminaram com intervenção judicial nas Apamis de Mossoró e Caicó, além de duas importantes atuações nos municípios de Pau dos Ferros e São Miguel, todas intervindo em maternidades públicas ou privadas com fins filantrópicos.

Como resultado desse enorme esforço institucional, observa-se sensível melhora nas condições das instalações físicas dos estabelecimentos hospitalares e, por conseguinte, na oferta dos serviços, gerando mais segurança sanitária às pacientes gestantes e aos seus bebês, durante os procedimentos de assistência ao parto, assim como verificou-se até mesmo o aumento na produção hospitalar, por meio da análise do processamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs).

Figura 13 – Mapa do RN com a localização geográfica dos Hospitais visitados



Fonte: Caop Saúde

5 ATUAÇÕES DO MPRN NA DEFESA DO PARTO SEGURO

Na defesa do parto seguro, destaca-se a atuação do MPRN na busca pela garantia de direitos da gestante e do recém-nascido, com a estruturação dos serviços da rede materno-infantil do RN. A seguir, um panorama de algumas das atuações efetivadas nos últimos anos, viabilizadas em razão da existência do projeto Nascer com Dignidade.

Ano 2013

Natal

- Instauração de Inquérito Civil pelas Promotorias de Justiça de Saúde de Natal vinculado ao Projeto Nascer com Dignidade visando ao acompanhamento da implantação da Rede Cegonha no município;
- atuação das Promotorias de Justiça de Saúde de Natal com a finalidade de sanar as deficiências identificadas nas maternidades Leide Morais, Quintas e Felipe Camarão.

São José de Mipibu

- Intervenção do MPRN na assistência materno-infantil em São José de Mipibu, após identificação de enormes deficiências na APAMI local, em parceria com SUVISA, foram encerrados os atendimentos de obstetrícia nesse estabelecimento privado com fins filantrópicos, retornando para a maternidade do Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros.

Ano 2014

Mossoró – APAMI Casa de Saúde Dix Sept Rosado

- Atuação conjunta entre o Ministério Público Estadual (MPE), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Ministério Público Federal (MPF) que resultou na intervenção judicial desse estabelecimento, transferindo os poderes gerenciais da unidade para uma Junta Interventora.

Ano 2015

Testes de Triagem Neonatal: após tomar conhecimento de que diversos municípios estavam atrasando a entrega do teste do pezinho ao Laboratório Central, comprometendo, portanto, a efetividade da Política de Triagem Neonatal em solo potiguar, o Caop Saúde expediu orientação de atuação para Promotorias de Justiça do MPRN, visando a compelir o Prefeito e o Secretário de Saúde, das suas respectivas cidades, à remessa dos exames ao LACEN/SESAP. 16 órgãos de execução do MPRN expediram a Recomendação aos gestores municipais.

Goianinha

- O Ministério Público do Rio Grande do Norte (MPRN) recomendou ao prefeito e ao secretário municipal de Saúde de Goianinha que adotassem providências administrativas em relação aos serviços de saúde no atendimento obstétrico, pré-natal e neonatal prestado pelo município.

Parnamirim – Maternidade Divino Amor

- Ajuizamento de Ação Civil Pública, com pedido de tutela antecipada, para assegurar a presença de acompanhante durante e após o parto.

Baraúna

- Após investigação, o MPRN identificou que o município de Baraúna não fornecia os serviços de atenção obstétrica e neonatal, sendo as parturientes encaminhadas ao município de Mossoró. Por esse motivo foi ajuizada Ação Civil Pública a fim de garantir aos cidadãos, usuários do SUS, residentes naquele município, a efetivação do direito à saúde das gestantes que necessitam da realização de parto cirúrgico de baixa complexidade.

Caraúbas – Hospital Regional

- Realização de busca e apreensão nas dependências do Hospital Regional Estadual Dr. Aguinaldo Pereira, deflagrando a “Operação Bisturi”. Além disso, foi ajuizada ACP para que o Estado garantisse o pleno funcionamento desse estabelecimento, assegurando equipamentos, infraestrutura física, recursos humanos, material e insumos necessários ao atendimento eficaz e satisfatório à saúde das gestantes.

Macaíba

- Ajuizamento de ACP para reabertura da Maternidade do Hospital Regional Alfredo Mesquita.

Extremoz

- Ajuizamento de ACP, com pedido de tutela antecipada, para que o Prefeito e o Secretário de Saúde do município de Extremoz garantissem o pleno funcionamento do Pronto Atendimento 24 do Hospital Maternidade Café Filho, localizado nesse município, promovendo a estruturação de centros cirúrgico e obstétrico, de maneira a possibilitar, sobretudo, a realização de partos cesarianos de baixo risco no âmbito local, assim como disponibilizar o quadro de profissionais efetivos para o centro obstétrico.

Ano 2016

Santana do Matos

- O Ministério Público Estadual, por intermédio da Promotoria de Justiça da Comarca de Santana do Matos, ajuizou ACP com pedido de liminar para que a Justiça determinasse que o Município, dentro do prazo de até 90 dias, adotasse providências para reestruturar a assistência ao parto de risco habitual e ao parto cirúrgico de baixo risco no Hospital Dr. Clóvis Avelino.

São Miguel

- Após identificadas diversas irregularidades na Apami de São Miguel (Maternidade Dom Elizeu Simões Mendes) (Figura 14) , em visitas de inspeção do MPRN e do MPT, foi ajuizada ACP, com pedido de tutela antecipada, visando à dissolução dessa entidade. Na ação, o MPRN requereu ainda que o município de São Miguel, por meio da Secretaria de Saúde, assumisse imediatamente a gestão administrativa da maternidade Elizeu Simões Mendes, adotando providências suficientes (aquisição de insumos e medicamentos, aquisição de materiais e contratação de pessoal por contratação temporária de excepcional interesse público), a fim de reabrir o atendimento materno infantil no âmbito da Edilidade. Em abril de 2017, a justiça estadual acolheu o pedido de liminar do MPRN, determinando a intervenção na maternidade para que a gestão municipal assumisse a administração da unidade hospitalar.

Figura 14 - Sala de parto da Apami São Miguel



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Natal – Maternidade do Hospital José Pedro Bezerra (HJPB)

- Atuação da 48ª PmJ de Natal com o objetivo de melhorar a assistência à gestante em trabalho de parto e de pós-parto da maternidade do HJPB.

Comarca de Santa Cruz – Intervenção na Assistência Materno-infantil no município de Jaçanã e Coronel Ezequiel

- Considerando a recusa dos municípios de Jaçanã e Coronel Ezequiel em pactuar TAC, o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte ajuizou Ação Civil Pública, com pedido de antecipação de tutela, contra os municípios de Jaçanã e Coronel Ezequiel, visando à garantia da realização de parto normal e cirúrgico de baixo risco nas suas unidades mistas de saúde, adequando a estrutura física, equipamentos, materiais e os recursos humanos necessários para esse atendimento com segurança sanitária. Ambas as ações foram ajuizadas após a Promotoria de Justiça da comarca de Santa Cruz constatar que os municípios não se comprometeram em realizar os partos de risco habitual, usando-se tão somente de justificativa pouco plausível de que não dispõem de profissionais especialistas, nem dos instrumentos necessários ao procedimento obstétrico, mas firmaram a PPI assumindo o compromisso de realizarem seus partos.

Ano 2017

Marcelino Vieira

- O Juízo de Marcelino Vieira, deferiu em parte pedido de liminar formulado em ACP ajuizada pelo MPRN para que o Município, através da Secretaria de Saúde, assumira a gestão administrativa e financeira do Hospital Maternidade Padre Agnelo Fernandes (APAMI), adotando as providências necessárias para colocar a unidade em pleno funcionamento dentro de 120 dias, prestando de forma direta o atendimento obstétrico que antes ficava sob responsabilidade dessa unidade privada.

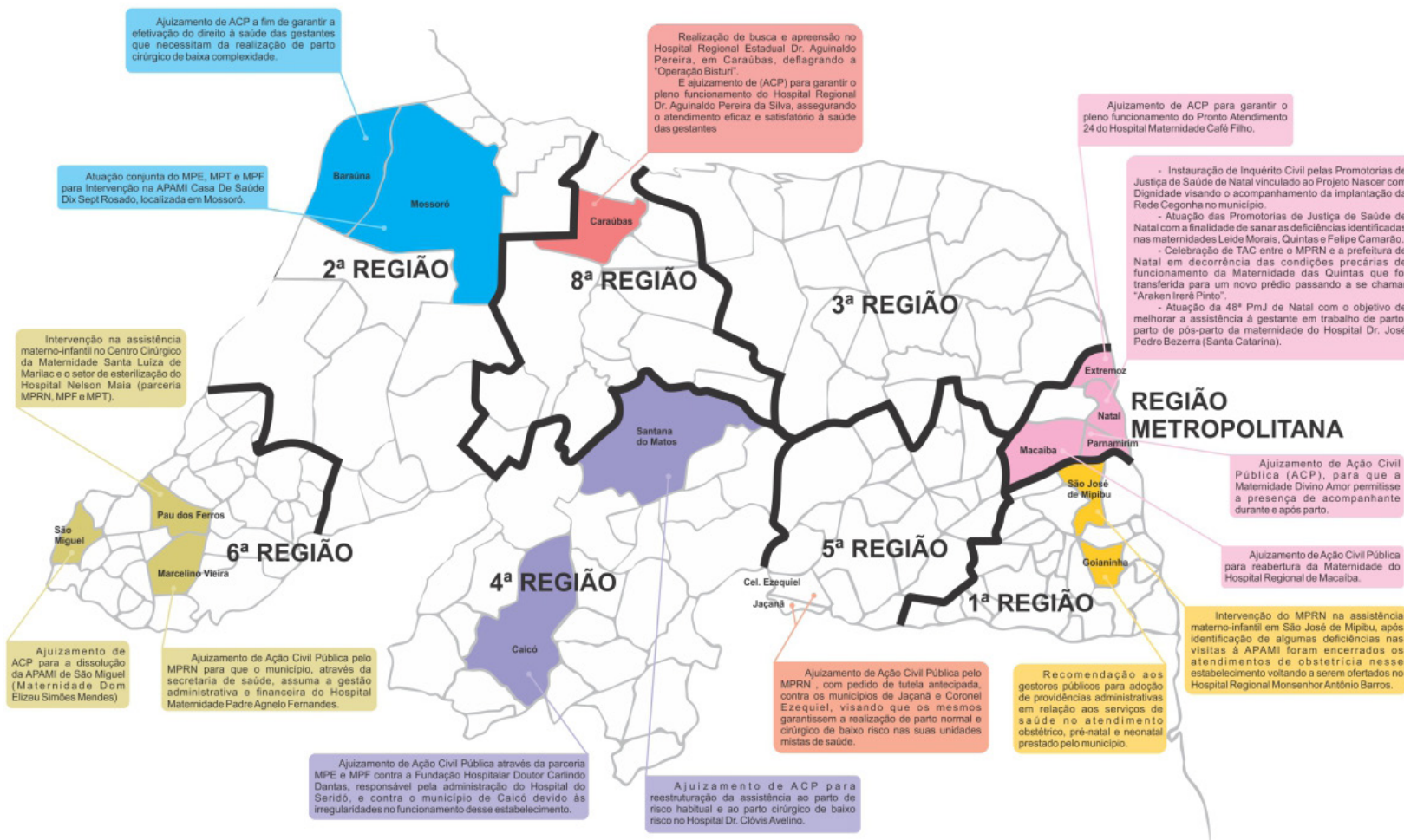
Afonso Bezerra

- Realizada reunião com diversas autoridades do município Afonso Bezerra (Prefeito, Secretário Municipal de Saúde, vereadores entre outros) para tratar das precárias condições físicas da Apami de Afonso Bezerra, bem como a ausência de contratualização formal entre esse ente e o poder público municipal, resultando em suspensão dos atendimentos antes realizados na unidade hospitalar filantrópica que eram pagos pelo município.

O mapa da Figura 15 representa a abrangência da atuação do MPRN, dentro do Projeto Nascer com Dignidade, no Estado do RN.

Figura 15 - Mapa do RN com as cidades com atuação significativa

CIDADES COM ATUAÇÃO SIGNIFICATIVA



Fonte: Caop Saúde

6 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS: AJUDANDO A MELHORAR A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO ESTADO DO RN

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte realizou uma série de ações relacionadas ao Projeto Nascer com Dignidade por meio da atuação do Caop Saúde e das Promotorias de Justiça, dessas ações resultaram alguns avanços na assistência materno-infantil de diversos municípios, tanto na rede de Atenção Primária quanto nas Maternidades, conforme o descrito a seguir.

6.1 Resultados alcançados na Atenção Primária (pré-natal)

Ano 2014

Natal

- Após instauração e impulsionamento do Inquérito Civil vinculado ao Projeto Nascer com Dignidade, as Promotorias de Justiça de Saúde de Natal identificaram importante expansão no número de cadastros de gestantes no SISPRENATAL, na rede municipal de saúde de Natal que, no período compreendido entre 1º de fevereiro de 2012 e 28 de fevereiro de 2013, tinha registrado apenas 101 gestantes cadastradas, aumentando o quantitativo para 2.840 em 2013 e, para 3.641 gestantes inseridas no sistema em 2014. O êxito em melhorar o cadastramento das gestantes em pré-natal nessa base de dados específica do Ministério da Saúde, repercutiu diretamente no aumento de recursos federais vinculados à Rede Cegonha, repassados ao município de Natal.

Ano 2016

Natal

- As parturientes de Natal passaram a ter acesso livre às Unidades de Saúde da rede, independentes do local de sua residência e de ampliação da cobertura de Equipes de Saúde da Família na cidade. Além disso, essa específica atuação ministerial assegurou melhorias na regularidade no abastecimento e acesso a exames laboratoriais na rede básica da capital, garantindo mais qualidade na assistência ao pré-natal.

Natal – Implantação da Rede Cegonha no município

- Arquivamento do Inquérito Civil instaurado, para o acompanhamento da implantação da Rede Cegonha no município de Natal, após superação dos obstáculos evidenciados, comprovou-se essa implantação pelo município e também pelo Estado, com a elaboração do diagnóstico da rede materno-infantil; confecção do desenho regional da rede cegonha; contratualização dos pontos de adesão e qualificação dos componentes e, por fim, a certificação dos serviços.

6.2 Resultados alcançados na Rede Hospitalar (parto)

Ano 2014; 2015

MOSSORÓ – Atuação conjunta do MPE (Ministério Público Estadual), MPT (Ministério Público do Trabalho do RN) e MPF (Ministério Público Federal) para Intervenção na Apami Casa de Saúde Dix Sept Rosado

- A Justiça Federal, a pedido do Ministério Público Federal, determinou a intervenção judicial da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado (Figuras 16 e 17), afastando da administração a Associação de Assistência e Proteção a Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMI), transferindo os poderes gerenciais para a Prefeitura de Mossoró e nomeando uma Junta Interventora para representar a Apami junto aos bancos e ao Ministério da Saúde e demais entidades com que ela mantivesse ou viesse a manter relações jurídicas e contratuais.

Figura 16 - sala de espera da Apami Casa de Saúde Dix-Sept Rosado



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 17 - sala de parto da Apami Casa de Saúde Dix Sept Rosado



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Resultado Alcançado com a atuação

Após essa intervenção, constatou-se uma melhoria na assistência obstétrica do Casa de Saúde Dix-Sept Rosado, com o aumento de números de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), referentes aos procedimentos em obstetrícia, entre os anos 2015 e 2016.

Em 2015, foram processadas 3.727 AIHs e em 2016 registrou-se um quantitativo de 4.329 AIHs, significando um incremento de 16% na oferta de serviços de partos normais e cesarianos.

Essa atuação além de ter contribuído para a melhoria da assistência materno-infantil da população de Mossoró, alcançou as parturientes que residem nas 20 cidades que compõem

a Região Oeste do RN, a exemplo de Apodi, Areia Branca, Pau dos Ferros, Caraúbas, Patu, São Miguel, Alexandria entre outras, visto que o serviço tem porte regional.

Ano 2015

Natal – Intervenção na Maternidade Dr. Leide Morais

- Em vistorias realizadas nas maternidades de Natal, inclusive na Leide Morais, as Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde de Natal identificaram diversos problemas que comprometiam a qualidade do serviço prestado às gestantes e recém-nascidos da capital, a exemplo de superlotação, falta de ambulância própria, equipamentos defeituosos ou quebrados, mofo e infiltrações nos centros cirúrgicos.

Como forma de solucionar tais problemas, o MPRN firmou Termo de Compromisso com o Município de Natal para equacionar as deficiências identificadas na rede de assistência materno-infantil da cidade. Entre as obrigações assumidas, ficou o município de corrigir os graves problemas de estrutura física da maternidade Leide Morais que foi desativada em julho de 2013 para reforma.

Resultado alcançado com a atuação

As ações empreendidas pelo MPRN na busca de assegurar oferta de melhores condições assistenciais materno-infantil na zona norte de Natal, renderam a reabertura da Maternidade Leide Morais (Figuras 18 e 19), em 09 de março de 2015, com um atendimento de maior qualidade. Sendo essa unidade hospitalar referência no parto humanizado no Estado do RN, atendendo a pacientes de todo o estado.

Figura 18 - instalações internas da Maternidade Leide Morais ANTES DA REFORMA



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 19 - Instalações internas da Maternidade Leide Morais DEPOIS DA REFORMA



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Desde março de 2015, a Maternidade Dr. Leide Morais está atendendo 24 horas por dia, com serviços de parto de risco habitual, parto cesárea, curetagem uterina, aspiração manual intrauterina (AMIU), teste do pezinho, teste do olhinho, da orelhinha, vacinas iniciais, ultrassonografia com equipamento moderno, o ultrassom Doppler.

Para se ter uma ideia da melhoria dos serviços ofertados pelo nosocômio, segue demonstrativo da produção hospitalar referente às demandas de assistência materno-infantil, nos anos de 2016 e 2017 (Tabela 6).

Tabela 6 – Produção hospitalar da Maternidade Leide Morais 2016 e 2017

Tipo de Procedimento referente à assistência materno-infantil	2016		2017	
	TOTAL (jan. a dez. de 2016)	Média mensal	TOTAL (Jan. a mar. de 2017)	Média mensal
Parto Normal	1.541	128	387	129
Parto Cesáreo	1.045	87	232	77
Curetagem Uterina (Convencional)	279	23	101	34
Curetagem Uterina (AMIU)	246	21	39	13
Laqueadura Tubária	26	2	9	3
Fonoaudiologia (Teste da Orelha)	690	58	474	158
Teste do Pezinho	77	6	0	0
Ultrassonografia	3.655	305	745	248
Atividade Educativa (Aleitamento)	6.490	541	1.358	453
Ordenha Mamária	87	7	14	5
Inscrições Doadores Banco de Leite	180	15	24	8
Ultrassonografia obstétrica	1.428	119	257	85

Fonte: Setor de Faturamento da Maternidade Leide Morais

São José de Mipibu – Intervenção na assistência materno-infantil

- A verificação das deficiências e desconformidades inferidas nas visitas à Apami Jessé Freire, em São José de Mipibu, culminou no encerramento de suas atividades em atenção obstétrica, no mês de agosto de 2013, retornando para o Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros o serviço de atenção obstétrica da região.

Resultado alcançado com a atuação

Com a transferência das ações de assistência obstétrica para o Hospital Regional observa-se uma melhoria na qualidade dos serviços médicos e a garantia da segurança da paciente na realização do parto. No período de janeiro a dezembro de 2016, foram realizados 2.470 partos, dos quais 1676 normais e 794 cesarianos, além de 218 curetagens.

Ano 2016

Natal – Maternidade das Quintas/ Araken Irerê Pinto

Em decorrência de celebração de TAC entre o MPRN e a Prefeitura de Natal, a Maternidade das Quintas que vinha funcionando em condições precárias, há algum tempo, foi transferida para novas instalações físicas (Figura 20).

Resultado alcançado com a atuação

Com essa mudança de prédio, a Maternidade das Quintas passou a se chamar Araken Irerê Pinto (Figura 21), ocorrendo a ampliação do número de leitos e melhorando a qualidade de atendimento, com mais comodidade para suas usuárias. O antigo prédio da maternidade tinha capacidade para 27 leitos, já a nova unidade hospitalar tem 37 leitos de internação, com perspectiva de ampliar para 40, bem como possui Centro Cirúrgico com duas salas.

A melhoria nas condições de trabalho resultaram no aumento do quantitativo de produção hospitalar para o ano de 2016, em 1.790 AIHs processadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Essa oferta de serviços trouxe um impacto positivo no acesso e na qualidade da assistência ao parto de risco habitual em Natal.

Figura 20 - Maternidade das Quintas
ANTES DA MUDANÇA DE PRÉDIO



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 21 - Maternidade Araken Irerê Pinto, antiga Maternidade das Quintas, APÓS A MUDANÇA DE PRÉDIO



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Natal – Maternidade do Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Hospital Santa Catarina)

- As Promotorias de Justiça de Saúde de Natal empreenderam diversos esforços para sanar as inúmeras dificuldades enfrentadas pelo Hospital Dr. José Pedro Bezerra, conhecido também como Hospital Santa Catarina, a exemplo de superlotação, deficiência nas escalas de plantão, problemas na estrutura física entre outros. Dentre as

diligências adotadas, foram instaurados Inquéritos Cíveis para acompanhar a reforma do hospital, assim como verificar o cumprimento da escala de plantão pelos profissionais de saúde. Além disso, o MPRN ajuizou ACP com o objetivo de solucionar a falta de recursos humanos da unidade hospitalar, de forma a ofertar um melhor atendimento às parturientes e aos recém-nascidos.

Resultado alcançado com a atuação

Com a atuação do MPRN houve um incremento no número de leitos de UTI Neonatal do hospital Dr. José Pedro Bezerra. No ano de 2011, a unidade hospitalar possuía apenas 10 leitos de UTI Neonatal. Após a intervenção do MPRN, ela passou a contar com 20 leitos de UTI Neonatal, 8 leitos de cuidados intermediários convencional, 12 leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal Canguru e 16 leitos na Casa Mãe Cidadã, melhorando a assistência à gestante no trabalho de parto, parto e pós-parto ofertada pelo nosocômio.

A produção hospitalar em números de AIHs processadas encerraram o ano de 2016 com um total de 2.633 partos normais, 2.022 partos cesarianos e 419 curetagens uterinas.

Macaíba – Reabertura da maternidade do Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho

- Ajuizamento de Ação Civil Pública em face do município de Macaíba e do Estado do RN a fim de garantir a reabertura da maternidade do Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho (HRAMP), em Macaíba, para que esse voltasse a ser uma unidade hospitalar materno-infantil de feição microrregional com oferta de assistência em obstetrícia clínica e cirúrgica de risco habitual, com segurança sanitária. Com vistas a assegurar recursos necessários para investir na compra de equipamentos para o centro obstétrico da maternidade no HRAMP, foi firmado um TAC entre a Secretaria Estadual de Saúde do RN (SESAP) e o MPT, com intermediação do Caop Saúde, a partir do qual recursos provenientes de multa judicial da Justiça Trabalhista, no valor de R\$ 404.126,65, foram depositados no Fundo Municipal de Saúde de Macaíba para tal propósito.

Resultado alcançado com a atuação

A reabertura da maternidade de Macaíba permitiu a retomada da realização de partos no município, após seis anos (Figuras 22 e 23). Atualmente, ela conta com 51 leitos e dois centros cirúrgicos para atender as parturientes de Macaíba e municípios vizinhos (VII Região de Saúde), com a capacidade de realizar cerca de 250 partos por mês.

Desde a retomada dos atendimentos ao parto em junho de 2016 foram registradas 396 AIHs em procedimentos obstétricos, entre partos normais, cesáreas e intercorrências da gravidez.

Figura 22 - Fachada da Maternidade do Hospital Regional de Macaíba após a reforma



Fonte: <http://senadinhomacaiba.com.br/blog/maternidade-do-hospital-de-macaiba-sera-reaberta-na-proxima-segunda-13/>

Figura 23 - Leitos obstétricos da Maternidade do Hospital Regional de Macaíba após a reforma



Fonte: <http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/especial-publicitario/governo-do-rn/saiba-mais-rn/noticia/2016/07/reformada-maternidade-do-hospital-regional-de-macaiba-reinicia-atendimentos.html>

Pau dos Ferros – Hospital Dr. Nelson Maia: intervenção na assistência materno-infantil e no setor de esterilização; Intervenção no Centro Cirúrgico da Maternidade Santa Luíza de Marilac

- Em 2015, o MPRN, em parceria com o MPF e o MPT, em inspeção realizada em conjunto, detectou uma série de irregularidades no atendimento materno-infantil prestado pela Maternidade Luíza de Marilac e pelo Hospital Nelson Maia, ambos localizados no município de Pau dos Ferros.

Resultado alcançado com a atuação

Após provocação das instituições ministeriais, a Vigilância Sanitária Estadual (VISA), em visita de inspeção nas duas unidades hospitalares, interditou o centro cirúrgico da Maternidade de Luíza de Marilac (Figura 24) e o setor de esterilização do Hospital Nelson Maia, com o fito de que se adequassem às normas sanitárias.

Resolvidas as irregularidades do Hospital Dr. Nelson Maia, as atividades foram retomadas gerando um quantitativo de 879 AIHs em procedimentos obstétricos cirúrgicos no ano de 2016 (Figura 25). Quanto à Maternidade Santa Luíza de Marilac, ainda, permanece interditada, por graves problemas sanitários.

Figura 24 – Centro Cirurgico da Maternidade Luiza de Marilac



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Figura 25 – Fachada do Hospital Nelson Maia



Fonte: Acervo do Caop Saúde

Ano 2017

Caicó – Intervenção na Fundação Carlindo Dantas

- O Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual – por meio do Caop Saúde e da 3ª PmJ de Caicó – ajuizaram ACP contra a Fundação Hospitalar Doutor Carlindo Dantas, município de Caicó e Estado do RN, devido às graves irregularidades no funcionamento da unidade de saúde, que havia levado à morte três parturientes e dois bebês.

A ação conjunta pedia que fosse decretada a imediata intervenção judicial na Fundação Dr. Carlindo Dantas, por um prazo de 180 dias, e o afastamento por completo da fundação da gestão do Hospital do Seridó, para que o Município assumisse definitivamente os serviços de assistência médico-hospitalar ofertados no hospital.

Resultado alcançado com a atuação

A Justiça Federal deferiu a tutela antecipada requerida pelo Ministério Público. A intervenção perdurou por um ano e cinco meses. Atualmente a fundação foi extinta por ordem judicial, encontrando-se a unidade hospitalar sob gestão direta do município de Caicó.

Currais Novos – Intervenção na APAMI Padre João Maria/Maternidade Ananília Regina

- No ano de 2014, o MPRN iniciou uma atuação em Currais Novos, visando a investigar o serviço de saúde prestado pela Apami Padre João Maria Maternidade Ananília Regina nas instalações físicas do Hospital Regional Mariano Coelho. Durante o curso das investigações, constatou-se o uso irregular dos recursos públicos pela Apami, cuja natureza jurídica é de direito privado. Com efeito, o MPRN realizou busca e apreensão

nas dependências da entidade, coletando documentos que comprovaram as irregularidades na aplicação de verbas públicas pelo ente privado denominado Hospital Padre João Maria e Maternidade Ananilia Regina. Diante disso, foi ajuizada ACP, pedindo a dissolução e liquidação da Fundação.

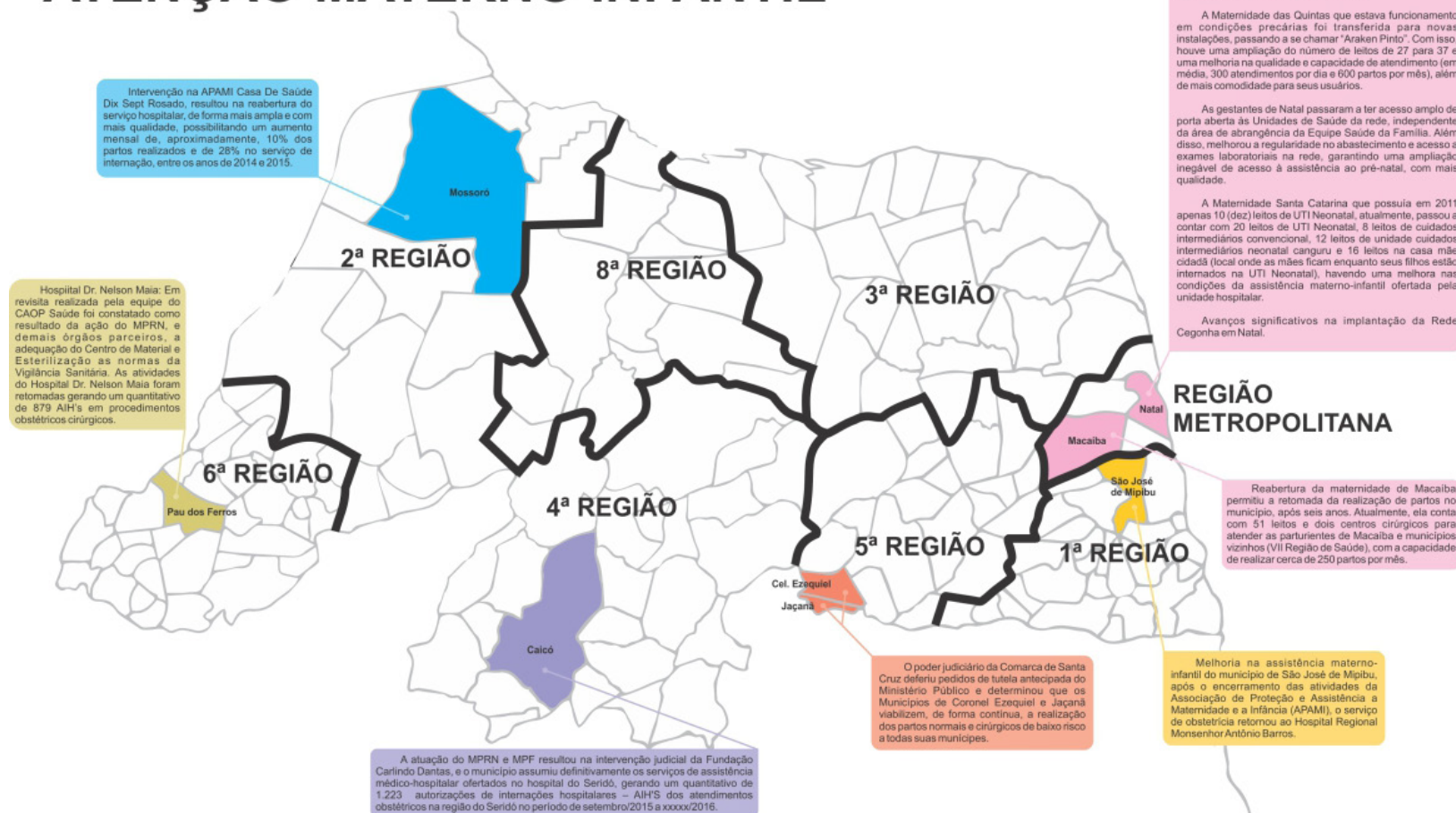
Resultado alcançado com a atuação

Em 2017, atendendo ao pedido feito pelo MPRN, a justiça estadual declarou dissolvida a instituição sem fins lucrativos, denominada Associação Civil Hospital Padre João Maria e Maternidade Ananília Regina, em razão da constatação de que ela deixou de desempenhar as atividades assistenciais a que se destinava.

Assim, é inegável que os ganhos alcançados com o Projeto Nascer com Dignidade proporcionaram melhoria na assistência materno-infantil no território potiguar. A Figura 26 propicia uma visualização dessa abrangência, acerca da atuação e dos resultados obtidos.

Figura 26 - Mapa do RN com as cidades que tiveram resultados concretos dentro do Projeto Nascer com Dignidade

CIDADES COM RESULTADOS CONCRETOS NA MELHORIA DA ATENÇÃO MATERNO INFANTIL



Fonte: Caop Saúde

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, o Projeto Nascer com Dignidade permitiu ao MPRN assegurar expressivas melhorias para a saúde materno-infantil no Estado.

Os achados produzidos pelas inspeções ministeriais identificaram fragilidades graves desde a atenção ao pré-natal até a oferta do parto, indicando assim a necessidade generalizada de reestruturação – e também fechamento de alguns – dos serviços de saúde voltados para demanda materno-infantil, de forma a evitar mortes prematuras de mães e filhos, em decorrência da prestação de serviços com pouca ou nenhuma qualidade.

No tocante à atenção básica, percebeu-se que os problemas mais comuns estão relacionados com dificuldades de acesso:

a) consultas ao pré-natal de alto risco;

b) exames laboratoriais, de imagem, como ultrassonografia e testes rápidos para HIV e sífilis.

Ademais, o expressivo descumprimento da carga horária na ESF, aliado a precária estrutura física das unidades de saúde, que convivem com a falta de equipamentos e materiais essenciais ao atendimento materno-infantil, também se configuraram como achados negativos.

No âmbito da atenção hospitalar, cabe mencionar a ausência de atendimento regionalizado, persistindo a peregrinação das gestantes em busca de um lugar para dar à luz em cidades polo ou mesmo na capital. O descompromisso dos gestores municipais em ofertar o parto localmente com segurança sanitária, discrepa do alto número de serviços de saúde que informam ofertarem assistência ao parto, sem realmente o fazerem e/ou ofertando-a de modo altamente descontínuo.

Destaca-se também, o fato de todos os municípios, alvos das visitas ministeriais, terem se habilitado no programa Rede Cegonha, fato que deveria ter repercutido em melhoria nas condições de oferta do pré-natal e na assistência ao parto e puerpério.

A amplitude da execução do Projeto Nascer com Dignidade demonstra a máxima prioridade dada ao tema pelo MPRN, desenvolvido por 59 Promotorias, abrangendo 143 municípios, alcançando 85,67% do território potiguar.

De posse dos resultados das perícias realizadas, foram adotadas medidas no sentido de corrigir as irregularidades e coibir as ações fraudulentas que inviabilizam a adequada prestação dos serviços públicos sanitários. Destacam-se a instauração de 130 Inquéritos Cíveis, que deflagram vistorias técnicas em 43 hospitais/maternidades e 467 em unidades básicas de saúde/unidades mistas de saúde; a celebração de 10 Termos de Ajustamento de Conduta; a expedição de 54 Recomendações e o ajuizamento de 11 Ações Cíveis Públicas.

Com efeito, apontam-se como ganhos na esfera da atenção básica:

- a instalação de ponto eletrônico em unidades de saúde para controle de cumprimento de carga horária (esse resultado foi alcançado fortemente associado à parceria com o trabalho desenvolvido com o mesmo objetivo com o MPF);
- algumas melhorias em estruturas físicas de unidades de saúde e um incremento da

oferta de consultas e exames obrigatórios (resultado melhor evidenciado em Natal). Na esfera da atenção hospitalar, cabem destaques as diversas ações judiciais, dentre as quais:

- incremento na oferta de partos com a reabertura de hospitais/maternidades anteriormente fechadas (maternidade do Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho, localizada em Macaíba e maternidade Leide Morais, em Natal);
- reformas e adequações em centros cirúrgicos e centrais de material e esterilização (Hospital Nelson Maia);
- aumento do número de leitos de UTI Neonatal (Hospital Dr. José Pedro Bezerra);
- interdição sanitária de serviços com irregularidades sanitárias gravíssimas (Maternidade Santa Luiza de Marilac);
- intervenção judicial para adequação de serviços prestados (Hospital do Seridó, Maternidade Dix Sept Rosado e Hospital Maternidade Padre Agnelo Fernandes (APAMI), localizado no município de Marcelino Vieira);
- e dissolução de instituições privadas/filantrópicas que funcionavam com desvio de finalidade (Fundação Carlindo Dantas e Fundação Pe. João Maria e Maternidade Ananília Regina).

Com efeito, desde o início da intervenção (fevereiro/2011) até o seu encerramento (junho/2017), foram promovidas diversas diligências com o intuito de impor a reestruturação de serviços de atenção ao pré-natal e ao parto, tendo-se como norte maior da atuação ministerial, nossa missão de servir a sociedade na defesa de seus direitos fundamentais, contribuindo eficazmente na construção de justiça social e cidadania.

O Ministério Público, por intermédio do Projeto Nascer com Dignidade, agradece ao Governo do Estado do RN, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, especialmente o Grupo Auxiliar de Saúde da Mulher, pelo fornecimento de completo acervo de dados sanitários e técnicos sobre a Rede Estadual de Cuidados Materno-Infantil, possibilitando uma ampla intervenção ministerial em todas as Regiões de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados epidemiológicos sobre mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Norte**. Disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN (SESAP). Natal, 2016.

_____. _____. **Diretrizes de atenção à saúde ocular na infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. Brasília, 2013.

_____. _____. DIRETRIZES DE ATENÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL. Brasília:2012.

_____. _____. **Relatório Do Seminário Nacional Sobre Política De Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2017

_____. _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 de abril de 2017

_____. _____. **Política Nacional de Humanização: Ambiência**. 2. ed. Brasília: 2010.

_____. _____. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 18 de abril de 2017

_____. _____. **Política Nacional de DST/Aids – princípios e diretrizes**. Brasília: 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2017

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Cidadania. **Carta de Abertura do Projeto Nascer com Dignidade**. Natal, 2011.

_____. Setor de Planejamento da Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte. **Gráficos do Projeto Nascer com Dignidade**. Natal, 2017.

NATAL, Secretaria Municipal de Saúde. Hospital da Mulher e Maternidade Dr. Leide Mo-

rais. **Produção Hospitalar da Maternidade Leide Morais 2016 e 2017**. Natal, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Nova York. 2000.

