

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA VALÉRIA GORAYEB DE CARVALHO

**OS EXTREMOS E POSSIBILIDADES DE UM SERVIÇO
HOSPITALAR DE REFERÊNCIA OBSTÉTRICA NA IV
REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO E
DELINEAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS MUNICIPAIS**

RECIFE

2011

MARIA VALÉRIA GORAYEB DE CARVALHO

**OS EXTREMOS E POSSIBILIDADES DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE
REFERÊNCIA OBSTÉTRICA NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:
AVALIAÇÃO E DELINEAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS MUNICIPAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C331e Carvalho, Maria Valéria Gorayeb de.

Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais / Maria Valéria Gorayeb de Carvalho. — Recife: M. V. G. de Carvalho, 2011. 118 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Paulette Cavalcanti Albuquerque.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Gestantes. 3. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 4. Avaliação. 5. Parto. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II Título.

CDU 613.9

MARIA VALÉRIA GORAYEB DE CARVALHO

**OS EXTREMOS E POSSIBILIDADES DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE
REFERÊNCIA OBSTÉTRICA NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:
AVALIAÇÃO E DELINEAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS MUNICIPAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Avaliação em Saúde

Data de aprovação: ___/___/_____

Prof. Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque
CPqAM/Fiocruz

Prof^ª Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
CPqAM/Fiocruz

Prof.^a Dra. Eloíne Nascimento Alencar
Universidade Federal de Pernambuco.

A todas as mulheres que originam em si as marcas da maternidade, marcas por terem parido, marcas por não terem parido e até as marcas por não terem se quer gestado. Marcas da dor da desassistência e marcas da afável acolhida no momento de dar a luz. Mulheres que com a sua história contribuem com a ciência.

(Luciane da Fonseca Oscar Manoel)

A todos os companheiros da gestão que pensam que a assistência ao cidadão é resultante de um processo contínuo de reflexão, da união de forças, e que me ensinaram uma nova forma de observar e analisar o cotidiano em saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as oportunidades de vida, que por sua imensa graça, me concedeu.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, onde ingressei e fui acolhida para realizar essa dissertação.

A minha orientadora, Paulette Cavalcanti, por quem tenho imensa admiração, que sempre compreensiva com as minhas limitações de trabalho acreditou e investiu para que eu ousasse estudar conceitos tão intensos para atingir esta construção.

Aos gestores, profissionais, e, sobretudo amigos da minha regional, que disponibilizaram seu tempo e atenção, mudando sua rotina de trabalho para contribuir na coleta dos dados.

A puérpera que aceitou ser sujeito desse estudo possibilitando essa construção, com o intuito único de auxiliar em um processo de discussão que pense a situação de saúde das mulheres na rede de serviços.

Aos meus pais Wamberto (in memoriam) e Leila, jóias preciosas, de uma integridade ímpar, que construíram as bases de caráter e perseverança para que eu chegasse até aqui.

Ao Alberto, meu esposo, grande amor, meu companheiro, parceiro e incansável ouvinte das reclamações de cansaço ao longo dessa produção, que sempre acreditou nas minhas possibilidades, encorajando-me a continuar lutando pelos ideais que igualmente a tudo em nossas vidas não são meus, mas, nossos.

Á Alberto Filho e Guilherme, meus filhos, minha vida, sentimento maior que me impulsiona a viver cada minuto intensamente, pois a vida nada mais é do que essa emoção maior que nos fez mãe e filho, família, sem os quais não seria quem sou, nem teria encontrado forças para chegar até um sonho.

Aos familiares e amigos que nesses dois anos de estudos compreenderam as minhas ausências, mas, nunca deixaram de acreditar na falta que me faziam, no meu amor por eles.

Á professora Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, a quem conheci e aprendi a respeitar e admirar, pela sua simplicidade e sabedoria espiritual, que com muita presteza e sabedoria acompanhou os passos finais dessa construção, se disponibilizando com seus conhecimentos.

“Pensar sobre nossa existência como sujeitos protagonistas do dia a dia nos interroga intensamente, porque somos e não somos sujeitos. Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Isto é, somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Instituídos e instituintes. Melhor dizendo, somos sujeitos que sujeitam. Sem que com isso deixemos de ser sujeitados também. Não há nunca uma identidade, individual e coletiva, que fica sempre no tempo em nós. Esta está sempre em produção partindo de um certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias. Passamos de sujeitos que sujeitam a sujeitados, o tempo todo. Para complicar, as teorias que procuram entender essas situações, são muitas e nada amigáveis. Muitas vezes são contraditórias entre si. Óbvio que não tenho a pretensão de dar conta delas, ou mesmo de expô-las. Mas, com este material polemizo algumas. Parto do princípio que somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos protagonizam processos novos como força de mudança”

(MERHY, 2007, p. 13).

CARVALHO, Maria Valéria Gorayeb de. **Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais.** 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Esse estudo problematiza a assistência a mulher no ciclo gravídico, analisando o processo de trabalho no pré-natal e na assistência ao parto. A análise implica em resignificar o modelo assistencial impactando no cerne do cuidado, onde o trabalhador atua com tecnologias no seu processo de trabalho, circunspeto por Trabalho Morto produtor de procedimentos e Trabalho Vivo em ato. Constata-se a hegemonia do Trabalho Morto e se admite a supremacia do Trabalho Vivo sobre a prática instrumental, produzindo saúde, com base nas tecnologias leves, de relação, para produção do cuidado integral, construindo caminhos por toda extensão da rede de saúde, centrado nas necessidades dos usuários. O estudo é de natureza qualitativa com o estudo de caso da rede de atenção à gestação e parto de uma região de saúde do Estado de Pernambuco. A partir da análise do cumprimento da missão institucional de um hospital regional de referência obstétrica, avaliamos a capacidade gerencial de um município para atender a demanda dos partos normais, compondo a linha de cuidado do pré-natal e parto e analisando as dificuldades na implementação dessa linha de cuidado. Empregou-se como ferramenta de análise o fluxograma analisador, por se tratar de uma metodologia que se utiliza de “ferramentas analisadoras”, quais sejam: O “fluxograma descritor” com a representação gráfica do processo de trabalho, que revela detalhe dos aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços, e a “rede de petição e compromissos”, que descreve as relações que se estabelecem com divergências e conflitos e se elucidam junto aos atores no cenário. Os dados foram obtidos em entrevista aberta com usuário, gestores e análise documental. Este conjunto de fontes permitiu a triangulação de dados. Como resultados da análise dos dados, emergiram duas categorias analíticas: as **tecnologias leves e leves/duras**. A identificação e discussão destas dificuldades expuseram as inúmeras concepções e limitações existentes no campo decisório, bem como deixaram manifestos o debate pelos mesmos. O contexto real frente o ideário do modelo hierarquizado, apontou uma lógica fragilizada, refletida através das práticas de seus profissionais e diante das necessidades da gestão, apresentando uma inquietação por parte desses pares. Propõe-se adotar uma política municipal que invista na consulta de enfermagem em conformidade com as normas dos programas de saúde e a adoção de um sistema de transporte de pacientes, integrado à política nacional de urgência e emergência pré hospitalar.

Palavras-chaves: Modelo de Atenção. Rede de Atenção. Tecnologias.

CARVALHO, Maria Valéria Gorayeb de. **Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais.** 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study emphasizes the assistance to the women in the pregnancy, analyzing the job process in the actions of prenatal and in birth assistance. The analysis involves reframing the healthcare model of care impacting on the core, where the worker works with technology in their work process, circumspect by Killed Work procedures and producer of Live Work in action. There is a hegemony of the Killed Work and accepts the supremacy of the Live Work on the instrumental practice, producing health, based on soft technologies in relation to the production of integrated care, building roads along the full extent of the health network, centered in the needs of users. The study is a qualitative case study with the network for the attention to pregnancy and delivery in a health region of Pernambuco State. From the analysis of compliance with the institutional mission of a regional referral obstetric hospital, we evaluated the management ability of a municipality to meet the demands of normal deliveries, making the line of prenatal care and childbirth, and analyzing the difficulties in implementing this care line. Was employed as a tool for the analysis workflow analyzer, because it is a methodology that makes use of “analytical tools”, which are: The “flowchart descriptor” with a graphical representation of the work process, which reveals details of the micro aspects of work organization and production services, and the “network of petition and commitments,” which describes the relationships established with disagreements and conflicts and to clarify for stakeholders in the scenario. The data were obtained in open interviews with users, managers, and documentary analysis. This set of sources enabled triangulation of data. As results of the analysis of data brought two analytical categories: light technology and light / stiff. . Identification and discussion of these difficulties exposed the many concepts and limitations of the field of decision, and left the discussion manifests the same. The context of the real against the ideas of the hierarchical model, showed a weak logic, reflected through the practices of its workers and for the needs of management, showing a concern by those peers. It is proposed to adopt a municipal policy that invests in nursing consultation in accordance with the standards of health programs and the adoption of a system for patient transport, integrated national policy of pre hospital emergency rooms.

Key Words: Attention Model. Care Network. Technologies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito
ENFER	Enfermaria
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NR	Não Respondido
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV	Nascidos Vivos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pré Eclampsia
PHPN	Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISPN	Sistema de Informação do Pré-Natal

SP	Sala de Parto
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TO	Triagem Obstétrica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNICEF	United Nations Children's Fund
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 MARCO TEÓRICO	24
4.1 Missão Institucional de um Hospital	24
4.2 Modelos Assistenciais	26
4.3 Avaliação em Saúde	29
4.3.1 Modelo Lógico	32
4.4 Tecnologias em Saúde	32
4.5 Avaliação de Risco	35
4.5.1 Pré-Eclâmpsia	40
4.5.2 Iminência de Eclampsia/ Eclampsia	41
4.6 Rede de Assistência Especializada – Assistência Obstétrica Estadual	41
4.7 Fortalecimento dos Hospitais Regionais	42
4.8 Fluxograma Analisador	44
4.9 Condição Traçadora	50
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
5.1 Desenho do Estudo	52
5.2 Análise de Conteúdo de Dados da Pesquisa	53
5.4 Área e População do Estudo	55
5.5 Período do Estudo	57
6 REALIZAÇÃO DO ESTUDO	58
6.1 Entrevista	58
6.2 Análise de Conteúdo de Dados da Pesquisa	58
6.3 Observação Direta	59

6.4 Análise Documental	60
6.5 Análise de Dados Secundários	60
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
7.1 Rede de Petição e Compromissos	61
7.2 Categorizando os Ruídos	65
7.2.1 Categoria I – As Tecnologias Leves na Assistência Obstétrica	65
7.2.1.1 <i>Acolhimento e Humanização</i>	66
7.2.2 Categoria II – As Tecnologias Leve Duras na Assistência Obstétrica	68
7.2.2.1 <i>Regulação e Fluxo da Assistência</i>	69
7.2.2.2 <i>Direito ao Acompanhante</i>	71
7.2.2.3 <i>Déficit de Técnicos</i>	73
7.2.2.4 <i>Garantia do Pré Natal de Alto Risco</i>	74
7.3 Categorias de Análise Tecnológica	77
7.4 Apresentação do Fluxograma Analisador da Assistência	81
7.4.1 O Caso da Puérpera	84
7.4.2 Análise dos Ruídos	88
8 CONCLUSÃO	91
8.1 Recomendações	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	104
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	110
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Gestores	115
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Usuário	117

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, o parto e o nascimento são determinantes importantes do estado de saúde da mulher e uma das grandes prioridades da política de saúde brasileira. A gravidez pode ser, ainda, o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. Trata-se, portanto, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo (BRASIL, 2006).

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre a saúde das mulheres-mães, de maneira a assegurar que a saúde dos filhos fosse adequada às necessidades da reprodução social. Nesse contexto, visivelmente de forma extraordinária, passa a existir, em 1983, o PAISM, sendo anunciado como uma nova e distinguida abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “Atenção Integral à Saúde das Mulheres” (AISM). Esse conceito implica a quebra com a visão clássica acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1994). Contraditoriamente, entretanto, esse programa constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro apoiou explicitamente, e efetivamente difundiu, embora de modo parcial, um programa que inclui dentre suas ações, o controle da reprodução.

Além disso, as próprias circunstâncias e as características do processo pelo qual se constituiu o PAISM fazem dele, ainda hoje – passados 27 anos desde o seu lançamento e constatada a sua não implantação efetiva em todo o país – constante objeto de estudo e discussão (CORREA, 1993; COSTA, 1992; OSIS, 1994).

No início da década de 90, por decisão política do Ministério da Saúde, o modelo de atenção básica passa a ser instituído, e transforma-se em estratégia de mudança dos moldes seguidos até então. A superação de um padrão de assistência à saúde responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional” e “iniquidades” (FRANCO; MERHY, 2004) abre espaços para reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentou-se um grande desafio: o de garantir, através da formulação e implementação de políticas e estratégias de

mudanças na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que vem se desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993, quando se desencadearam a municipalização e a implementação da Estratégia de Saúde da Família (TEIXEIRA, 2002). Estabelecida em larga escala, essa política tem como instrumento a universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível, que apesar das restrições derivadas da política econômica, frequente no atual momento, constata-se como um avanço em torno das escolhas alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico.

É inegável o papel desempenhado pela Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica. Ao contrário do modelo assistencial tradicional, centrado na doença e no hospital, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, priorizando linhas de atenção.

O acompanhamento, a oferta sistemática de ações de saúde preventivas e a assistência médica permanente são os instrumentos utilizados pelo modelo de atenção básica para combater a incidência de doenças e de mortes, especialmente em crianças menores de um ano, mulheres, gestantes e idosos, grupos populacional mais vulnerável.

Um dos focos da atenção básica é a gestação, que estabelece princípios de prevenção, promoção da saúde e condução clínica das intercorrências que ocorrem durante esse período e no pós-parto, preparando o binômio (mãe/filho) para um parto humanizado que favoreça o direito de cidadania mais elementar: dar à luz, através de uma assistência de boa qualidade que tem como produto final o nascimento de uma criança saudável sem prejudicar a saúde da mãe.

As ações de saúde voltadas ao pré-natal e nascimento devem abranger todas as etapas necessárias ao adequado acompanhamento das gestantes e seus neonatos, garantindo um atendimento que conglomere: a **promoção da saúde**, visando habilitar as gestantes sobre o controle de sua condição de saúde, através políticas sociais, e não apenas de ações direcionadas ao fortalecimento das suas capacidades e habilidades, mas, também de ações direcionadas a adoção de hábitos saudáveis, adesão terapêutica e capacidade consciente de cuidar, **prevenção de doenças e agravos**, adotando o enfoque na redução dos fatores de risco para o período gestacional, e **assistência**, garantindo o reconhecimento precoce de intercorrências e a adoção de medidas de tratamento em conformidade com o nível de atenção, com a garantia da referência aos demais níveis de assistência do sistema (BRASIL, 2006).

Ao identificar uma mulher na condição de gestante, busca-se compreender os múltiplos significados da gestação para esta mulher e seu contexto familiar e social e, ainda,

prevenir a morbi-mortalidade materna e perinatal. A ação visa intervir nas intercorrências, restabelecer danos e evitar o surgimento de outros, que porventura possam surgir caso não haja uma intervenção eficaz e eficiente.

Com relação à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal e nascimento, os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades.

Parte daí o interesse pelo desenvolvimento dessa pesquisa na área de avaliação resgatando uma inquietação que sempre norteou a minha prática na assistência e na gestão. Indagava-me quanto ao modelo adotado pelas gestões municipais e suas práticas assistenciais, quando apreendia as dificuldades que perpassavam pela assistência obstétrica hospitalar na minha Região de Saúde. Percebi por diversas vezes, enquanto profissional da assistência e da gestão, os investimentos em estrutura física, contratação, capacitação de pessoal, humanização da assistência que foram aplicados.

O tema em questão há muito é debatido pelos gestores locais, acompanhado de críticas evasivas e pontuais. Desta forma, sinto-me impulsionada à necessidade de mergulhar em um estudo teórico sobre a carência de referência e de resolutividade na rede de atenção obstétrica. E dessa maneira identificar possibilidades capazes de dirimir o número de transferências de mulheres grávidas para outros centros, o que por vezes acarreta o risco de morte para o binômio mãe filho, assim como, sobre a forma desumanizada de assistência à qual é submetida, de forma a contribuir para o registro de causas perinatais cada vez mais alarmantes.

Considero, portanto, que essa experiência pode enriquecer a compreensão dos diferentes contextos em que se dá o estudo de uma intervenção e compreender que em geral, a assistência à saúde ainda carece da incorporação de elementos necessários a uma prática adequada de ações e serviços de saúde à população (CAMPOS, 1992).

Acrescentando-se a essas considerações, realizamos o estudo de caso da rede de atenção obstétrica de uma regional a partir da metodologia do caso traçador, onde mapeamos a linha do cuidado adotada por um usuário do sistema para compreender as “dificuldades” que permeiam a assistência a mulher no ciclo gravídico, no universo dos encaminhamentos obstétricos gerados por um município dessa região de saúde. Característica que nos leva a possibilidade de avaliar o modelo de gestão municipal adotado para a assistência ao pré-natal em um município de médio porte, habilitado pela NOB/NOAS/SUS no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal, que:

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios” (BRASIL, 2001, p. 2), contribuindo para instrumentalizar a gestão e intervir nas ações que precisam sofrer modificações, com vistas à integralidade das ações de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Ao analisar o contexto em que se implantou a atenção primária no Brasil, Felisberto (1999) adverte sobre a necessidade de avaliar como se apresentam os serviços de atenção à saúde hoje, especialmente aqueles que representam a “porta de entrada” do Sistema, tanto do ponto de vista do exercício do controle social, como da capacidade dos mesmos de impactar sobre os indicadores sociais e de saúde. A interação desses dois aspectos permite definir a importância de fatores como necessidade e demanda da população aos serviços, acesso desta aos recursos e disponibilidade destes, a quantidade, a qualidade da atenção e a resolutividade.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde vem se dando, no âmbito político-institucional e operativo, a partir da implementação de um conjunto de decisões consubstanciadas em Normas Operacionais (BRASIL, 1991, 1993, 1996) que estabeleceram critérios e mecanismos para a descentralização da gestão do SUS, privilegiando a transferência de poder de decisão, responsabilidades e recursos para o âmbito municipal. A garantia da integralidade do cuidado e da universalização do acesso a ações e serviços voltados ao enfrentamento dos problemas, e, atendimento às necessidades de saúde da população, são aspectos fundamentais dessas normas operacionais.

Um dos maiores desafios é exatamente o de organizar um sistema de saúde que leve em consideração a grande heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros, tanto do ponto de vista da capacidade instalada em termos da prestação de serviços, quanto do ponto de vista da capacidade gerencial existente.

Considera-se que, “para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde – SES” (BRASIL, 2001, p. 2).

Assumindo, portanto, a regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, implementada pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento ordenador do processo.

Não há dúvida de que existe uma distância significativa entre o que está preconizado nas normas de funcionamento de uma política e o que se concretiza na prática. E não poderia ser diferente. Uma vez que “implantação” não significa só a passagem da teoria à prática, mas

é resultado de um processo mais complexo, que envolve os componentes tecnológicos e políticos, que vão determinar como esta passagem vai se dá, quando a política, como proposição técnica é submetida às tensões sociais do cotidiano (SCHRAIBER, 1997).

O modelo assistencial adotado pelos municípios brasileiros, na atenção à mulher no seu período gravídico-puerperal, é guiado por normatizações estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Este referencial pressupõe o envolvimento de uma equipe interdisciplinar que desenvolva um trabalho com vistas a garantir uma evolução segura à gestante.

Neste sentido, a Secretaria Estadual de Saúde implantou em outubro de 2007 o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Este, lançado na região de Ouricuri (Sertão do Araripe) está programado para estender-se a todas as regiões de saúde até o ano de 2010. Trata-se de uma proposta voltada para a redução da mortalidade materno-infantil, com o compromisso de fortalecer a atenção materna e infantil. Garantindo atenção integral às gestantes usuárias do sistema público e atuando na melhoria de outros indicadores sociais, através de ações articuladas nos diversos eixos de governança, o Programa busca garantir a sustentabilidade e eficácia de suas propostas. O Programa contempla ainda, a aquisição de equipamentos e insumos hospitalares dirigidos às 37 maternidades estaduais e a capacitação de recursos humanos. Ao final de quatro anos, o Mãe Coruja pretende beneficiar mais de 150 mil mulheres que, a cada ano, dão à luz em Pernambuco e dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Todo o investimento adotado pelo Governo Estadual visa impactar em indicadores que hoje perfilam o estado nessa área. As mães adolescentes são responsáveis por 23,9% das partições registradas no estado, 36.288 nascidos vivos em 2005. Do total de gestantes que pariram na rede pública neste mesmo ano, 3,4% estavam sem nenhuma consulta pré-natal, 10,9% de mães com 1 a 3 consultas e 7,5% de RN com baixo peso ao nascer. Entre os anos de 2002 e 2004, 344 óbitos maternos foram notificados numa relação de 456.632 NV, indicando uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 75,3 óbitos maternos / 100 mil NV (PERNAMBUCO, 2009a).

A mortalidade materna infantil configura-se, entre os indicadores sócio-econômicos, como o índice que é capaz de melhor traduzir as condições de vida de uma população. Por esse motivo, a ponderação das estratégias utilizadas em diferentes países para diminuir esses números e investir recursos nessa área, deve ser tema recorrente na análise da situação de saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A estimativa da Razão de Mortalidade Materna para o conjunto de capitais de Estados brasileiros e Distrito Federal, no primeiro semestre de 2002, foi de 54,3 por 100.000 nascidos

vivos (LAURENTTI et. al., 2004). Esse valor é elevado, embora não pareça ser exageradamente alto. Tanaka (1999) estudando a amplitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras de três Estados (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), constatou não existir grandes contestações entre os valores relativos às capitais e às cidades do interior.

Considerando-se como base de dados as condições de morte materna calculada pelo número de óbitos de mulheres residentes, por causas apenas para os estados em que o número de óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade informados no SIM é igual ou superior a 90% do estimado pelo IBGE, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes. Utiliza-se de dados do SINASC nos estados com cobertura do sistema igual ou superior a 90%, com estimativas do IBGE para os demais estados. A taxa nacional utiliza o número total de óbitos maternos informados ao SIM, ajustado pelo fator de correção de 1,4. Para as regiões brasileiras, o denominador será a soma dos nascidos vivos de cada unidade federada, obtidos do SINASC ou por estimativas.

Para o Brasil, em 2001, a RMM calculada com os dados do SIM/MS e corrigida pelo fator 1,4 foi equivalente a 63,8 por 100.000 nascidos vivos. Esse fator foi aceito pelo Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher) em 2004, e adotado como fator de ajuste para o país.

Os números na área da criança não são menos alarmantes, 3.263 óbitos em menores de 1 ano (2005), coeficiente de mortalidade neonatal de 12,6 por mil nascidos vivos e Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 21,5 / 1000 NV (PERNAMBUCO, 2009b).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) conjectura, de maneira geral, os níveis de saúde e de alargamento socioeconômico de uma determinada área, sendo considerado um dos mais importantes indicadores de saúde. A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País. Apesar da importante queda registrada na última década, decorrente principalmente da redução da mortalidade pós-neonatal, os números ainda são altos. Há um controle da mortalidade neonatal nas regiões mais desenvolvidas e um aumento relativo nas regiões e populações mais vulneráveis. Essa situação é afrontada quando se reconhece que mais de 90% dessas mortes de menores de um ano são por causas evitáveis e podem ser conduzidas com ações intersetoriais de promoção, diagnóstico e tratamento precoce.

No ano de 2000, a TMI para o Brasil foi estimada 28,3 por mil NV, mas ressalta-se uma significativa disparidade entre os estados. Esse fato tem provocado o interesse de diversas instituições que realizam pesquisa em saúde, na busca dos determinantes dessas desigualdades. Embora nenhum estado brasileiro tenha apresentado aumento da mortalidade

infantil nos últimos dez anos, 11 encontram-se acima da média nacional, dentre os quais nove pertencem à região Nordeste e dois, à região Norte (SIMÕES, 2002).

Estudo realizado na cidade do Recife em 2003, abordando a temática da mortalidade perinatal recebeu o prêmio de menção honrosa no incentivo ao desenvolvimento e à aplicação da epidemiologia no SUS, pela indicação em seus resultados de algumas recomendações capazes de nortear a implementação de ações voltadas ao controle dos indicadores materno infantis, as quais são: a) avaliação da qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde durante o pré-natal e o parto; b) disponibilidade de assistência obstétrica e neonatal de qualidade, que propicie condições para uma gestação e nascimento seguros; c) garantia de que os nascimentos de recém-nascidos de risco ocorram em maternidades com maior complexidade assistencial; d) utilização dos dados gerados pelos sistemas de informações de base epidemiológica no planejamento das ações de saúde; e) capacitação periódica das equipes que prestam assistência ao parto e a recém-nascidos; f) ampliação da vigilância do óbito infantil para todo o Município; g) implantação da vigilância dos óbitos fetais com peso maior ou igual a 1.500 gramas; h) análise mais profunda dos óbitos fetais; i) orientação dos profissionais de saúde quanto à importância de utilizar a definição de nascido vivo, ao emitir o documento Declaração de Nascido Vivo (DNV); j) sensibilização dos profissionais de saúde para o preenchimento de todas as variáveis do documento Declaração de Óbito (DO) e respaldo político no acompanhamento das ações voltadas às crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida, identificadas pelo SINASC (AQUINO et al., 2007).

Assim como se confirma nos estudos das causas maternas, a mortalidade perinatal, compreende os óbitos fetais (com mais de 500 gramas ou 22 semanas de gestação) e os neonatais precoces (ocorridos com até seis dias completos de vida), é reconhecida como um indicador sensível para a avaliação da qualidade da assistência materna e neonatal. Constitui um grave problema de saúde materno-infantil, relacionado a uma complexa influência de fatores determinantes.

Anualmente, estimam-se mais de 7,6 milhões de mortes perinatais no mundo, das quais 57% são óbitos fetais e 98% ocorrem nos países em desenvolvimento. Dos 140 milhões de nascimentos a cada ano, 4,3 milhões de fetos vêm a óbito após a 22^a semana de gestação e 3,3 milhões de recém-nascidos morrem antes de completarem sete dias de vida (AQUINO et al., 2007).

As mortes fetais compartilham as mesmas circunstâncias e etiologia das neonatais precoces. As políticas de saúde, entretanto, costumam atribuir menor importância às mortes que ocorrem antes do nascimento, não designando investimentos privativos para sua redução.

A mortalidade perinatal resulta de situações multifatoriais, em que determinantes relacionados com as variáveis biológicas da mãe e do RN, constituem as causas diretas dos óbitos perinatais. O baixo peso ao nascer, considerado como aquele inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento, representa o fator biológico que mais influencia a mortalidade perinatal. Já a prematuridade e o crescimento intra-uterino retardado, estabelecem uma íntima relação com a assistência pré e perinatal, tipo de parto, tipo de hospital de ocorrência do parto, história reprodutiva, hábitos de vida e doenças maternas. Os fatores externos também influenciam nas questões biológicas, a inserção socioeconômica demanda o acesso a uma assistência adequada à gestante durante o pré-natal e no nascimento da criança.

Os fatores de risco que influenciam nessas causas são potencialmente redutíveis, especialmente aqueles relacionados à atenção à saúde. A implementação de políticas públicas de atenção à saúde materna e infantil com a adoção de medidas mais apropriadas de atenção às gestantes, no pré-natal e na ocasião do parto, e aos recém-nascidos, reduzem a mortalidade fetal, neonatal e perinatal.

A implantação de uma rede estadual de referência que assegure uma melhor qualidade no atendimento hospitalar na assistência à gestante de alto risco e no acompanhamento perinatal, visa à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal. Esta rede deverá contar com unidades de referência terciária e secundária, buscando hierarquizar os diversos níveis de complexidade no atendimento à gestante de alto risco.

O PDR do estado pactua serviços e ações que estabelecem a função de cada Unidade pactuada, e, no caso da obstetrícia obedece ao previsto na Portaria GM nº. 3.477/98. O Hospital Regional aqui estudado assume a referência secundária para o alto risco obstétrico na região de saúde, que ora constata-se comprometida por interferências que comprometem a sua missão institucional.

No período de janeiro a novembro de 2008, registraram-se no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) informações sobre os tipos de procedimentos obstétricos realizados: 41% da capacidade instalada comprometida com o parto normal sem distocias, 33% com partos operatórios sem a necessária fundamentação, 17% de curetagem pós-abortamento e puerpério, 6% a tratamentos a intercorrências clínicas da gestação e 3% a partos operatórios em gestação de alto risco. No mesmo período, não houve registro de tratamento a complicações relativas ao puerpério, eclampsia e condução clínica da hipertensão gravídica e puerperal, parto normal em gestação de alto risco, sutura e laceração do trajeto pélvico e tratamento cirúrgico da gravidez ectópica. Em consequência; transfere-se um alto número de mulheres em trabalho de

parto, dentro do perfil institucional do hospital por falta de vagas, o que incorre no risco de morte do feto e da parturiente.

Outro dado preocupante observado, é que mesmo com 24 leitos extras, sem cadastro de AIH/ Autorização de Internação Hospitalar, o hospital regional não consegue atender a sua demanda adscrita. Além de receber encaminhamentos dos municípios sob sua responsabilidade, outros 71 encaminharam suas demandas para este serviço (BRASIL, 2009). Contudo, a maioria dos seus atendimentos está concentrada em dez municípios da Região, onde o município sede (município sob gestão plena do sistema municipal) ocupa o primeiro lugar com 51%, seguido pelo segundo lugar com 4% (município sob gestão plena da atenção básica), e de outros três municípios em gestão plena.

Essa conjuntura reforça a necessidade de um estudo da Política Regional de Atenção à Saúde da Mulher na atenção ao pré-natal, parto puerpério e ao recém nascido, instrumentalizando futuras programações, assim como permitindo que os conhecimentos gerados possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção básica, suscitando reflexões que auxiliem os gestores na tomada de decisão.

Os números acima referidos compõem indicadores e estes refletem situações de saúde bem distantes das que denotam uma atenção obstétrica e neonatal qualificada. Os serviços de saúde que vão atender essas situações é que são passíveis de investimentos em tecnologias duras, mais procedimentais e nas tecnologias leves, mais relacionais, que trabalhem na perspectiva de diminuir o distanciamento desses números em relação à realidade de outras regiões e serviços que apresentam perfis semelhantes.

Diante do exposto pergunta-se: Por que o hospital regional não consegue cumprir sua missão institucional como referência secundária para o alto risco obstétrico nessa região de saúde?

Para responder a essa indagação, esse estudo se propõe a analisar a capacidade gerencial de um município de uma região de saúde de Pernambuco, para atender a sua demanda de partos normais. Identificando as dificuldades gerenciais para atender a implementação da assistência obstétrica e neonatal, tomando como eixo orientador um modelo lógico da missão institucional, com foco na gestão (local e regional).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as dificuldades da rede hospitalar de assistência obstétrica e neonatal de uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco, que estão interferindo no cumprimento da missão institucional de um hospital de referência nessa região.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a rede hospitalar para a assistência obstétrica e neonatal dessa região de saúde;
- b) Descrever a capacidade gerencial do município sede dessa Região de Saúde para atender a demanda dos partos normais, e suas dificuldades de implementação para essa assistência conforme preconiza o PHPN;
- c) Sinalizar as possíveis dificuldades do modelo hospitalar vigente nessa Região de Saúde, para atender aos objetivos do PHPN;
- d) Apresentar um caso com desfecho desfavorável a fim de identificar as principais causas do ponto de vista gerencial.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Missão Institucional de um Hospital

Um bom sinônimo para o “termo missão”, na forma como é utilizada nas instituições de saúde, é “objetivo oficial” tal qual usado por Perrow (1978). Esse autor contrapõe este conceito ao de “objetivos operativos”, ou seja, as atividades concretas desenvolvidas por membros ou grupos das organizações. Assim, os objetivos oficiais seriam as proposições gerais da organização, assumidos em manifestações formais e públicas pelos dirigentes.

São inúmeras decisões que podem ser tomadas entre vias alternativas para alcançar os objetivos oficiais e a prioridade dos objetivos múltiplos, e os muitos objetivos não oficiais perseguidos por grupos dentro da organização (PERROW, 1978 apud CECILIO, 2000).

No caso dos hospitais, esta divergência entre objetivos formais, oficiais e aqueles operacionais, implementados por categorias profissionais dotadas de alto grau de autonomia é um tema a ser considerado (STRAUSS, 1963 apud CARAPINHEIRO, 1993), a partir de exposições construídas no campo da troca simbólica. Daí a afirmativa que haveria tantos projetos ou objetivos em um hospital quantos são os seus atores, de forma que o único projeto formal, algo que ele chama de “cimento simbólico” da organização, seria o de que o hospital existe para salvar vidas e minorar o sofrimento humano.

A idéia de que o estabelecimento de objetivos é imprescindível para que a ação organizacional não seja fruto do acaso, parte do princípio da *Teoria Geral da Administração* (TGA). Podemos encontrar, já em Henry Fayol, no início do século, a preocupação com o tema dos “objetivos” de uma organização, quando ao falar de um dos elementos da administração – a previsão – afirma que:

o programa de ação é, ao mesmo tempo, o resultado visado, a linha de conduta a seguir, as etapas a vencer, os meios a empregar; uma espécie de quadro do futuro em que os acontecimentos próximos figuram com certa clareza, segundo idéias preconcebidas, e onde os acontecimentos distantes surgem mais ou menos vagos; é a marcha da empresa prevista e preparada para certo tempo (FAYOL, 1968 apud CECILIO, 2000).

É interessante observar que, para esse clássico autor, a “função administrar”, que inclui o elemento previsão (elaborar o projeto de ação) é distinta de dirigir, que é “conduzir a empresa, tendo em vista os fins visados, procurando obter as maiores vantagens possíveis de

todos os recursos de que ela dispõe” (FAYOL, 1968 apud CECILIO, 2000). O que de fato não se aplica ao que queremos definir enquanto missão de um serviço público de prestação de serviços.

Quando nos ocupamos em pensar o tema da atenção hospitalar, tentamos construir uma definição de integralidade nesse nível de atenção, que nos sirva de direção para o caminho de nossas reflexões. Partindo do empirismo e correndo o risco de uma redundância, poderíamos dizer que a atenção integral de um paciente hospitalizado seria o esforço de uma assistência holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, necessita de cuidados especializados. Tal abordagem sugeriria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. O cuidado integral em saúde aconteceria a partir de um ajuste generoso e flexível de tecnologias “Tecnologia” e “Humanização” ajustadas, no desafio de acolher o “lugar” do paciente com equidade como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar (MERHY; CECILIO, 2003). A integralidade do cuidado deve ser sempre dirigida nas temáticas da gestão hospitalar.

A missão hospitalar deve ser adotada “a partir do olhar do hospital”, onde se considera por si só o atendimento no ambiente hospitalar e “a partir do modelo de referência” que esse hospital admite no sistema de saúde.

O olhar das organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, deve ser essencialmente multidisciplinar, isto é, deve depender da junção do trabalho de diversos atores, de maneira que as relações de poder, muito diferentes entre os vários grupos profissionais, não deixem ocultar o imperioso auxílio que deve existir entre os mesmos, como operantes de tecnologias de saúde. Assim, uma difícil ligação da ação, de algoritmos, de cursos, de rotinas, de conhecimento, num método contraditório de complementação, mas também de debate, arrumam a rede de assistência hospitalar.

O hospital pode ser visto como um componente do modelo de referência fundamental para que se dê a totalidade da assistência pensada de forma ampliada, como um “período” no circuito que cada indivíduo percorre para ver atendidas as suas necessidades. Como conclusão, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser refletidos, no hospital, que o “atrem”, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde.

4.2 Modelos Assistenciais

Para entender os diversos componentes estruturais que justificam/explicam o comportamento da intervenção estatal na produção de serviços e sobre as formas como se organizam os Modelos Assistenciais, requer um breve relato teórico que contextualize a prática de prestação de serviços de saúde no âmbito local e a forma como se comportam os encaminhamentos e necessidades para os modelos hospitalares.

O sistema de saúde do Brasil, enquanto aparato jurídico-legal é sem dúvida um dos mais avançados do mundo, porém quando se contextualizam as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas na qual esse sistema se concretiza, surgem contradições de diversas ordens. Dentre as mais importantes, destaca-se a correlação de forças entre a ideologia neoliberal e o papel do estado, como provedor de direitos para uma massa cada vez maior de excluídos. Nesse contexto, a mudança deve ser entendida de forma processual e dialética. Portanto, avançar na consolidação do SUS implica a busca de novos mecanismos que convirjam na superação de dificuldades inerentes à nossa realidade social. Um dos mais importantes mecanismos rumo a essa direção, tem sido a questão da regulação/financiamento do setor saúde, que não é objeto deste estudo, e a construção de modelos assistenciais favorecedores da efetivação dos princípios do SUS (PRADO et al., 2007).

Surge à reflexão sobre modelos assistenciais no Brasil, desenvolve-se a crítica formada sobre a organização dos serviços de saúde, especialmente, com a formulação da proposta de Reforma Sanitária Brasileira que permitiu a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição de 1988.

Para garantir o movimento de mudança que permita o avanço do SUS, em direção à superação dos obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção, assegurando a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, são necessários admitir alguns meios: (i) estimulação de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa das políticas de proteção social; (ii) melhor utilização e gerenciamento dos recursos do SUS, adotando-se um modelo misto de repasse dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários e também transferências com base em contratos de gestão com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores; (iii) mudança no modelo de atenção com base nas diretrizes já formuladas para assegurar um sistema hierarquizado e regionalizado, coordenado com ênfase na integralidade da atuação clínica e preventiva; (iv) ampliação da eficiência, eficácia e humanização do sistema; (v)

definição de responsabilidades macro-sanitárias e adoção de critérios de risco para definição de prioridades em face de recursos escassos; (vi) definição de responsabilidades micro-sanitárias a partir da reorganização do trabalho em saúde; (vii) ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família; (viii) desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde (CAMPOS, 2007 apud FLEURY, 2007).

Uma das principais metas estabelecidas pela Declaração de “Alma Ata” em 1978 é a de que, até os anos 2000, cuidados essenciais estabelecidos pela praticidade das ações, pelo embasamento científico e pelo acesso universal, efetivem as ações primárias de saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). Esta resposta se daria de forma resolutiva à demanda, estabelecendo a atenção primária como porta de entrada de todo o sistema de saúde. Essa proposição se contrapõe a de programas de atenção primária onde se estabelece uma lógica de restrição de recursos, e dirigidos ao atendimento de uma população marginalizada, de regiões marginalizadas. Ao contrário, essa proposição deve facilitar o acesso de pacientes a uma atenção resolutiva, com adequada utilização dos encaminhamentos hospitalares.

A compreensão da responsabilidade sanitária é clara. Possibilita mecanismos de viabilidade na rotina da gestão, da clínica, da prevenção e promoção da saúde, criando vínculos. Porém, esses mecanismos podem intervir nas relações de poder entre os diversos atores que compõem o Sistema.

Discute-se, o distanciamento assumido pela sociedade civil em relação a objetos como a legalização do aborto, o amparo a um uso coerente e sustentável dos recursos naturais, às iniquidades no acesso e utilização dos serviços públicos, a repressão abusada e a violência institucional, a falta de ética de profissionais e servidores públicos, a quebra de patentes que permitisse a produção de medicamentos estratégicos, a reforma política e o domínio do orçamento e tantas outras questões que deveriam estar presentes nas lutas diárias da sociedade civil organizada.

Um movimento voltado para estimular a democratização dos serviços públicos de saúde permeia no Brasil desde os anos setenta. Há um claro incentivo à participação popular e a formação de Conselhos de Saúde que trabalhem numa lógica tripartite. Porém, ainda não se percebe efetiva essa democratização. Os serviços de saúde são administrados dentro de uma lógica Taylorista, que restringe a democracia a momentos pontuais de capacitações e oficinas, planejando uma dialética de gestão tradicional: o poder centralizado na figura do chefe, exigência de produtividade em procedimentos técnicos, cumprimento de horários, relatórios, exportação de dados, implementação de programas de forma isolada e regulação da produção.

Tudo isso, minimizando a importância da comunicação entre os diversos segmentos, favorecendo uma relação de supremacia entre os níveis hierárquicos e os serviços.

Ocorre um deslumbramento da democracia ligada à cidadania, encarnada em instituições concretas, e inseridas em uma sociedade profundamente contraditória, injusta e desigual. Criam-se a partir desse contexto, espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio. Constituindo equipes capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecer presas em suas cadeias de controle fundamentalista (CAMPOS, 1992, 1998).

Paim (2000) defende que Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma razão de ser - uma racionalidade. É uma espécie de "lógica" que orienta a ação. Modelo de Atenção à Saúde ou Modelo Assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de Atenção é uma dada forma de combinar tecnologias e técnicas para resolver problemas de saúde e atender necessidades individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho. Corresponde à dimensão técnica das práticas sanitárias. Incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção).

Aos municípios cabe a gestão na lógica reformista, que combina o repasse de recursos financeiros com um sistema de planejamento, controle e avaliação que se materializa na peça contratual, onde são definidas expectativas, metas a serem atingidas, recursos correspondentes, responsabilidades e punições. Trata-se de deslocar a ênfase até então predominante em relação à oferta dos serviços curativos, cuja lógica segue sendo o motor do Sistema Único de Saúde, para a demanda e a prevenção, na tentativa de alterar o modelo de atenção e a gestão das unidades. Em outras palavras, o sistema de saúde brasileiro privilegiou, até agora, a gestão do sistema, sem, no entanto, avançar, concomitantemente, na gestão das unidades de serviço e foi incapaz de alterar, significativamente, o modelo assistencial (FLEURY, 2007).

Tudo isso discorre sobre políticas sociais relativas à previdência, saúde e assistência social, e desemboca nas gestões municipais de saúde cobrando-lhes à responsabilidade sanitária que devem ter junto aos seus municípios. Entende-se, portanto, que a análise das questões sociais, através das chamadas políticas sociais, tem como verdade a existência de uma relação de caráter positivo que se institui entre o cidadão e o seu estado (FLEURY, 1994).

4.3 Avaliação em Saúde

O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é relativamente recente. Tornou-se freqüente após a Segunda Guerra Mundial nos países centrais do capitalismo, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem estar social. Nesse período, o Estado desperta para a necessidade de encontrar meios que promovam à maior eficiência na aplicação de recursos e efetividade nas ações. São os economistas que desenvolvem os primeiros métodos de análise de vantagens e custos dos programas públicos (HARTZ, 1997). A avaliação passou, portanto, nos últimos 60 anos, a fazer parte da pauta de investimentos teóricos e práticos, ao lado das pesquisas sociais. Adotando com profissionalismo uma perspectiva interdisciplinar e práticas metodológicas.

A capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento para melhorar o sistema de saúde é paradoxal, pois supõe que a informação produzida contribua para racionalização dos processos de decisão. Postula-se que o grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instancias decisórias varia de acordo com a credibilidade (valor científico), fundamentação teórica (capacidade de explicar teoricamente que a avaliação tem potencial para contribuir na tomada de decisões) e pertinência (capacidade de fornecer respostas aos problemas) das avaliações. Contandriopoulos (2006) defende que dessa forma se discute as relações dentro de um determinado contexto, avaliação / sujeitos envolvidos / problemas a serem solucionados. O julgamento avaliativo, deve fundamentalmente criar condições para implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção, para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho na área de saúde.

A crescente crise mundial nos sistemas de saúde implica na necessidade iminente de se estabelecer uma cultura avaliativa. A expectativa de atendimento da população em função do grau de exposição e de novas demandas, em contrapartida a necessidade de controlar os gastos públicos do sistema de saúde, cria no usuário uma sensação de que o sistema de saúde não corresponde mais as necessidades da população, comprometendo sua viabilidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Emerge daí, a necessidade por parte dos gestores e planejadores, de dar uma sustentação científica às suas decisões.

Segundo Felisberto (2004), a avaliação tem o sentido de se incorporar as rotinas das organizações de saúde, acompanhando todo o processo de gestão das políticas e programas. É imprescindível considerar a avaliação como sistema institucionalizado de apoio a tomada de

decisão na área da saúde (LIMIEUX; CHAMPAGNE, 2004). A capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho dos Sistemas de Saúde é questionada (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004). O caráter complexo do sistema de saúde, considerando as distâncias que limitam os problemas sanitários, as intervenções capazes de resolvê-las e as crescentes demandas da população, dificulta a tomada de decisão. Neste âmbito, percebe-se ao analisar a citação abaixo, a necessidade de institucionalizar a avaliação.

Partimos do pressuposto, que avaliar consiste fundamentalmente em formar um juízo de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construírem, um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação. Entende-se por intervenção, como um conjunto de meios organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Está caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento, levando em consideração todos os atores envolvidos, e onde cada um terá seus objetivos em relação à intervenção e sua avaliação. Pode-se, por um lado, buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. O que caracteriza uma avaliação normativa. Por outro, examina-se, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Dessa forma, faz-se uma pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997).

Define-se a pesquisa avaliativa como um procedimento que faz um julgamento *ex post* de uma intervenção utilizando-se de métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a ligação, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e os rendimentos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

A pesquisa avaliativa se decompõe em seis tipos de análise. E será fazendo uma ou várias dessas análises que se possibilita fazer pesquisa avaliativa, não deixando de considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. Essas estratégias se constituem: da análise estratégica; da análise da intervenção; da análise da produtividade; da análise da implantação; da análise do rendimento e da análise dos efeitos. Nesse estudo será focado a análise da intervenção, buscando identificar a influência dos serviços para modificar os estados de saúde identificados. Ela consistirá para determinar a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde. O conceito de efetividade aqui abordado não tem significado irrestrito, ele deve ser considerado em virtude do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, do caráter da intervenção analisada e do escopo do exercício da avaliação.

A avaliação é um dispositivo de produção de informação, portanto, todos os que controlam as decisões devem estar imbricados na avaliação, devem manter-se informados periodicamente sobre os resultados, sendo assim possibilitados de intervirem a tempo nos problemas. O avaliador deve ser um agente facilitador, potencializando os seus conhecimentos na aplicação dos resultados, mas não o manipulando como verdade absoluta. Deixando claro que os resultados da avaliação, talvez não sejam a resposta para todos os problemas, mas garantindo o rigor científico em todos os passos do processo.

Neste estudo, os principais interessados na avaliação podem ser observados no Quadro 1.

ENTREVISTADO	ATORES INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO
Entrevistado A	Gestor da Regional de Saúde
Entrevistado B	Coordenador Técnica da Regional de Saúde
Entrevistado C	Coordenador Regional de Atenção Primária
Entrevistado D	Gestor do Hospital Regional
Entrevistado E	Gestor Municipal de Saúde
Entrevistado F	Diretor Municipal de Atenção e Promoção a Saúde
Entrevistado G	Coordenador de Acompanhamento e Avaliação da ESF/ PACS
Entrevistado H	Gestor do Hospital Municipal
Entrevistado I	Usuário da rede de serviços municipal e regional
Entrevistado J	Profissional de enfermagem que assistiu o caso na atenção básica municipal

Quadro 1 – Principais interessados na avaliação.

4.3.1 Modelo Lógico

Modelo lógico é, pois um “sistema hipotético dedutivo que pertence a um objeto modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal” (BUNGE, 1974, p. 16).

O debate em torno do papel da teoria e a utilização de modelos teóricos assume desenhos particulares. Para Contandriopoulos et. al. (1997), uma teoria se anunciaria pelos circunstanciados das relações que existem entre julgamentos, que podem ser largamente gerais e constituídos, ou ter um alcance menor, os denominados modelos teóricos, que seriam uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa.

Apresentar e discutir o modelo lógico é o que permite determinar exatamente o que deve ser mensurado e qual a parcela de aporte do serviço nos resultados observados. Apontar o modelo lógico implica em dar visibilidade aos limites ou debilidades de sua hipótese, possibilitando identificar onde melhores evidências devem ser buscadas.

Como referência para análise do contexto foi adotado um modelo lógico, que corresponde à definição de uma “imagem objetivo” Matus (1996), a partir do qual foram analisados os contextos político e institucional (Missão do Serviço e Cumprimento da Missão) que diz respeito a uma conjuntura regional para a assistência obstétrica e neonatal (Figura 1).

4.4 Tecnologias em Saúde

O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas *tecnologias leves*, - que segundo Merhy e Cecílio (2003) são tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão, como uma forma de governar processos de trabalho; que sejam mais relacionais e adote a potência de cuidar tal como se imagina e deseja e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários -.

Várias experiências de mudança nos serviços de saúde têm sido conduzidas, e apostam na reorganização do processo de trabalho, em modos novos de agir com os usuários, dando

novo significado a relação com o mesmo, institucionalizando nos serviços práticas acolhedoras, que abram espaços de “escuta e fala” nas relações assistenciais e de cuidado. O Vínculo dos usuários à equipe, tendo a responsabilização desta para com o cuidado àqueles, criando referências seguras (MERHY; CECILIO, 2003).

O esforço para a mudança é grande como em qualquer processo onde se pretende criar rupturas com velhas formas e propor novas condutas. Pressupõem intervenções em nível da micropolítica, a partir de cada local de trabalho, mexendo com os muitos poderes instalados no ambiente de produção da saúde, interesses de cada um, pactuando os saberes e formas de agir existentes em nível organizacional, resignificando as relações de trabalho e qualificando a relação com os próprios usuários. Desenvolvem-se nesse cenário complexo de mudança, processos de subjetivação que buscam mudar atitudes (MERHY; CECILIO, 2003).

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência (MERHY; CECILIO, 2003).

Ao longo dos últimos vinte anos de construção do sistema de saúde brasileiro, a assistência à saúde foi voltada para a “oferta e demanda” por serviços, com um processo de trabalho que atuava centrado prioritariamente na informação da vigilância à saúde, sob as ferramentas da epidemiologia, e com pouca influência sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica. Essa, como parte fundamental no debate em torno do arranjo da produção da saúde, adjunto as outras ciências, sem eliminar nenhuma especificamente, visto a complexidade das demandas de saúde, onde se busca soluções na pluralidade dos conhecimentos.

A dimensão do problema foi ressaltada por Cecílio (1999) na defesa das necessidades humanas: “[...] ter ‘boas condições de vida’ [...] ‘ter acesso como garantia de melhorar e prolongar a vida’ [...] ‘criar vínculos afetivos/efetivos entre usuário e equipe de saúde’ [...] ter autonomia crescente sobre a própria vida”.

As *tecnologias leves* têm caráter relacional, onde a forma de agir entre os sujeitos “trabalhadores e usuários”, “individuais e coletivos”, implicados com a produção do cuidado, são abordagens mais relacionais, atuando dentro da idéia de que no embate entre “trabalhador e usuário”, este é também dependente da produção da saúde e pode desta forma, ser também ator de atos cuidadores, produtores de autonomia. Esta forma de agir para a produção do cuidado, é capaz de intervir sobre os quatro campos das necessidades, defendidos por Cecílio

(2000). As *tecnologias duras* estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde - cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo -. O conhecimento técnico pode ainda ser identificado por uma parte dura (estruturada) e outra *leve*, que são as *tecnologias leve-duras* que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado, mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que o usuário representa mais que um problema de saúde, traz consigo certa origem social, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este contexto deve ser considerado.

O modelo assistencial defendido por Merhy (1997), portanto, advoga a oferta de todos os recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários, mesmo que este necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia. Mesmo assim, o processo de trabalho pode manter-se sob a hegemonia do *Trabalho Vivo*, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização seja sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo permitindo a integralidade da atenção, ou seja, o “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico.

Na atenção às urgências a tempo se discute essas questões, e tem proporcionado avanços em relação à definição de conceitos e inclusão de novas tecnologias que visam à organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a porta de entrada quanto os serviços especializados estejam aparelhados para o acolhimento e direcionamento de pacientes para os demais níveis do sistema quando exaurirem-se as possibilidades de resolutividade de cada serviço.

Entretanto, a atenção às urgências tem advindo, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento. Esses aparelhos respondem por situações que vão desde àquelas de sua exata responsabilidade, bem como um volume vultoso de ocorrências “não urgentes” que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (DESLANDES et al., 2007). Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população.

Estudo realizado na Emergência Geral de um hospital de Pernambuco constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas do nível primário, não se caracterizando, portanto, em urgência. Essa questão prejudica a assistência aos casos graves e

agudos, pois acarreta sobrecarga de atribuições na equipe de saúde, contribuindo para o aumento dos custos de atendimento (FURTADO et al., 2004).

Adicionado a isso, a capacidade resolutive dos serviços hospitalares é ultrajada por dificuldades, que vão desde a superlotação, à referência de pacientes. Desse modo, as salas de observação, que se destinam à permanência temporária, transformam-se em áreas de internação, sem, no entanto, possuírem as devidas condições de infraestrutura e de pessoal para cuidados contínuos, expondo, com frequência, o usuário a riscos.

A avaliação da atenção prestada por um hospital universitário da cidade de Campinas-SP indicou que a qualificação da assistência nas instituições brasileiras deve focar, tanto as causas de morte diretamente relacionadas à gestação e ao parto quanto às condições clínicas prévias à gestação, com especial atenção ao cuidado no hospital, onde ocorrem 90% dos partos (LUZ et al., 2008). Como a sobrevivência da mulher e do seu neonato dependem, muitas vezes, da atenção oferecida pelo serviço, o estudo particularizado destes casos tem sido empregado para avaliar, não apenas a incidência de complicações ameaçadoras da vida, como também a qualidade na atenção obstétrica e neonatal.

Segundo alguns autores, a escolha por um modelo hospitalar deve levar em consideração a necessidade de estudar a carência de referência e de resolutividade no atendimento secundário para o alto risco obstétrico, a partir do contexto municipal, em diferentes modalidades de gestão, que através de demonstrativos epidemiológicos têm semelhanças com os estudos dos indicadores das causas perinatais e maternas diretamente influenciadas pela ação do pré-natal (NOGUEIRA; TANAKA, 1994).

4.5 Avaliação de Risco

Dentre as causas maternas presumíveis, deve-se atentar para a necessidade da avaliação de risco. Medida que não pode ser utilizada uma única vez, mas um procedimento assegurado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a gestante a um nível mais complexo de assistência.

Nesse contexto, a identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada. As necessidades de grupos de baixo risco são

resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no atendimento primário da assistência. As dos grupos de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no atendimento primário, outros necessitarão de atendimento secundário e terciário, nas urgências e emergências, e demandarão a necessidade de equipe de saúde e tecnologia sofisticadas.

O SUS propõe integralidade na atenção às gestantes de alto risco, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico para propor encaminhamentos adequados, através da rede de serviços por meio do sistema de referência e contra-referência. Por meio da Secretaria de Assistência à Saúde e em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, estabelecendo rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação e controle para promover a qualidade da atenção à saúde, no atendimento à gestante de alto risco. Contudo, faltam instrumentos que possibilitem avaliações dos processos que ocorrem na atenção pré-natal, em especial os de referência e contra-referência, que evitem a duplicidade de meios para fins idênticos. A qualidade da atenção dedicada ao pré-natal pode ser verificada pelo cumprimento ou não das normas e rotinas por parte dos profissionais (BUCHABQUI et al., 2006). A melhor forma para a investigação do conteúdo da atenção oferecida em todos os níveis de assistência e suas inter-relações é conseguida pela aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias (DONABEDIAN, 1988).

A necessidade de mudanças está no compromisso político com as premissas filosóficas do SUS e com as mulheres. Esse compromisso, no entanto, deve-se traduzir no trabalho constante de avaliação e readequação da assistência. O incremento em serviços, número de leitos hospitalares, programas, estratégias de atenção, qualificação e monitoramento de resultados são ferramentas auxiliares. Se não utilizados com esse desígnio, passam a ser percebidos apenas como mais uma de tantas outras tarefas na rotina do sistema, e não acrescentam concretamente ganhos à saúde da população.

No caso da obstetrícia, o problema que ocorre é que um número desproporcionadamente alto de mulheres, classificado como "de risco", que incide na exposição desnecessária de intervenções no momento do parto. Outro problema é que, apesar de ser uma classificação escrupulosa, a abordagem de risco notadamente não consegue identificar muitas das mulheres que realmente precisarão de assistência nas complicações de parto. Similarmente, muitas mulheres identificadas como "de alto risco" têm partos perfeitamente normais, sem qualquer problema. Mesmo assim, alguma forma de avaliação inicial e continuada da probabilidade que uma mulher tenha um parto normal é crucial para

evitar e/ou identificar o início de complicações e as decisões que devem ser tomadas sobre o fornecimento de uma assistência adequada.

Essas normas e rotinas contemplam uma avaliação das necessidades e daquilo que poderia ser chamado "potencial de parto" ou "urgência do parto", constituindo a base da correta tomada de decisão em relação ao parto, iniciando a prática de boa assistência. Aquilo que é conhecido como "abordagem de risco" vem há décadas dominando as decisões sobre o parto, seu local, seu tipo e qual o prestador de serviços envolvido (ENKIN, 1994).

A intercorrência gestacional de risco é entendida, como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações (BRASIL, 2001a). É importante ressaltar que ao longo de toda gestação podem ocorrer dificuldades que tornam uma gravidez normal em uma gravidez de alto risco. Por isso, logo no início do pré-natal e durante toda a gestação, deve-se proceder a uma estimativa de risco das gestantes de modo a identificá-las no conjunto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que estão expostas.

Os fatores de risco evidenciam-se de acordo com o contexto em que estão inseridos e seus formatos socioculturais. Estudos realizados em um Ambulatório de Gestação de Alto Risco de um hospital de referência para o anel metropolitano e interior de Porto Alegre - RS analisou 821 boletins de encaminhamentos de pacientes atendidas no período de julho de 1997 a julho de 2000, identificando que em situações onde é necessário: percorrer grandes deslocamentos, onde o tempo de espera e ceticismo na necessidade de referenciamento, e ainda fatores de ordem geográfica, cultural, socioeconômica e médico administrativa, constituem uma direta relação com a precariedade na atenção à saúde, refletida na inadequação da referência para instâncias de atenção de maior complexidade. Já encaminhamentos de procedência administrativa e de causas não confirmadas são inadequados e podem, por outro lado, traduzir a dificuldade do profissional em estabelecer uma hipótese diagnóstica ou mesmo um diagnóstico, desencadeando no autoencaminhamento e corroborando com intervenções desnecessárias que comumente conduzem a desfechos indesejados (BUCHABQUI et al., 2006).

A partir de constatações como estas, o Ministério da Saúde normatizou a classificação de risco gestacional em quatro grandes grupos: o primeiro das características individuais e das condições sociodemográficas desfavoráveis, o segundo que considera a história reprodutiva anterior, o terceiro as intercorrências obstétricas na gravidez atual e o quarto e último as intercorrências clínicas (BRASIL, 2000).

Esses fatores podem estar assim delineados:

Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior à gestação atual	Doenças obstétricas na gestação atual	Intercorrências clínicas
Idade menor que 17, e maior que 35 anos;	Morte perinatal explicada e inexplicada;	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;	Cardiopatias;
Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse;	Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;	Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;	Pneumopatias;
Situação conjugal insegura;	Abortamento habitual;	Ganho ponderal inadequado;	Nefropatias;
Baixa escolaridade;	Esterilidade e/ou infertilidade;	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;	Endocrinopatias;
Altura menor a 1,45m;	Intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos;	Aminiorexe prematura;	Hemopatias;
Peso menor que 45kg e maior que 75kg;	Nuliparidade ou multiparidade;	Hemorragias de gestação;	Hipertensão arterial;
Dependência de drogas lícitas e ilícitas.	Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva;	Isoimunização;	Epilepsia;
	Cirurgia uterina anterior.	Óbito fetal.	Doenças infecciosas;
			Doenças auto-imunes;
			Ginecopatias

Quadro 2 – Classificação de Risco Gestacional.

Fonte: Brasil (2001).

No seguimento das gestações de risco, onde até mesmo o rótulo de risco pode ser fator estressante, identificam-se repercussões mútuas entre a doença e a gravidez (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2005), que os serviços precisam dar respostas, contemplando atendimento multidisciplinar e concentrando no papel do obstetra o arrojo da assistência especializada necessária a intercorrência.

Desta forma o Ministério da Saúde estabeleceu a criação do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento à Gestante de Alto Risco, alocando recursos financeiros para equipar e realizar treinamentos com técnicos dos hospitais habilitados (BRASIL, 1998a). A operacionalização para a implantação deste Sistema obedece a critérios bem definidos, priorizando organizar o sistema de forma hierarquizada no nível secundário e terciário (BRASIL, 1998a). Esta estratégia visa implementar as ações instituídas no Componente II do Programa de Humanização no Pré-

natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a). Assim, serão implantados serviços, obedecendo ao Projeto de Macrorregiões de Saúde: Central Estadual de Regulação Obstétrica / Centrais Macrorregionais de Regulação Obstétrica / Centrais Regionais de Regulação Obstétrica. Além disso, serão adquiridos equipamentos para o aparelhamento de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e de unidades integrantes do Sistema de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco. Outras Centrais e unidades móveis municipais poderão integrar-se a este sistema, desde que haja incremento de recursos federais, após conclusão integral da instalação dos serviços macrorregionais. Na implantação dos serviços, serão elaborados protocolos de referência para pacto entre gestores e prestadores de serviço, com base em estudo de distribuição populacional por unidade hospitalar e nível de complexidade cadastrando os serviços em: primário e secundário, tipo II e terciário, tipo III (BRASIL, 1998b).

Entende-se, para efeito desta portaria, critérios que identificam uma unidade de referência secundária, a unidade habilitada para identificação do risco que necessite de encaminhamento à unidade de referência terciária. Modalidade em que se enquadra o serviço que é objeto deste estudo. Esses critérios seguem o formato da Portaria:

- a) Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de vaga ou regulação, de acordo com a organização do sistema (municipal ou estadual);
- b) Dispor de infra-estrutura para unidade de assistência neonatal, com os equipamentos mínimos definidos abaixo, de acordo com as normas e regulamentos aplicáveis: incubadora dupla parede, berço aquecido, berço comum, fototerapia, ventilador neonatal, ambú/máscara, incubadora de transporte;
- c) Dispor de infra-estrutura física para o atendimento de emergência em Obstetrícia e Neonatologia 24 horas, de acordo com a Portaria GM/MS/Nº 1884/94;
- d) Serviços próprios de diagnóstico e terapia, com: Ultrasonografia, Laboratório Clínico (no mínimo hematologia, bioquímica, gasometria), Cardiotocografia, Eletrocardiografia, Agência Transfusional, Radiologia;
- e) Garantir acesso a serviços de atenção terciária à gestante de alto risco;
- f) Contar com equipe mínima permanente de assistência à gestante, composta dos seguintes profissionais: Obstetra, Anestesiologista, Neonatologista, Clínico Geral, Enfermeiro, Nutricionista, Assistente Social.

4.5.1 Pré-Eclâmpsia

Conceitua-se como pré-eclâmpsia (PE) o aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de 20 semanas, podendo haver ou não edema. Anteriormente a este período, pode surgir acompanhando por doença trofoblástica gestacional.

Assim, considera-se hipertensão o aumento dos níveis tensionais de 140 x 90 mmHg, confirmado após período de repouso. A pressão arterial deve ser aferida com a paciente sentada, anotando-se o 1º e 4º ruídos (aparecimento e abafamento das bulhas) como indicadores das pressões sistólicas e diastólicas.

Como Proteinúria significativa, consideram-se os valores maiores ou iguais a 300 mg em 24 horas.

O edema, quando existente, pode ser localizado ou generalizado. Deve ser realçado o chamado "edema oculto", explicitado pelo ganho ponderal excessivo e que somente é creditado quando associado a quadro hipertensivo.

Consideram-se fatores de risco para a pré-eclâmpsia:

- a) primigestas;
- b) antecedentes familiares de pré-eclâmpsia/eclampsia;
- c) gestação gemelar;
- d) hipertensão arterial crônica, Nefropatias, lúpus, diabetes;
- e) mudança de parceiro.

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- a) pressão arterial diastólica igual/maior que 110 mmHg;
- b) proteinúria igual/maior que 2,0 g/l em 24 horas;
- c) oligúria (menor que 500 ml/dia, ou 15 ml/hora);
- d) níveis séricos de Creatinina maiores que 1,2 mg/dl;
- e) sinais de encefalopatia hipertensiva;
- f) sinais de insuficiência cardíaca;
- g) dor epigástrica ou no hipocôndrio direito;
- h) plaquetopenia (< 100.000 / mm³);
- i) aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL desidrogenase láctica) e de bilirrubinas;

- j) presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico;
- k) presença de RCIU e/ou oligoâmnio;
- l) evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia.

O diagnóstico é essencialmente clínico e dado pela própria conceituação. Além da proteinúria, não há nenhum dado laboratorial que possa ser tomado como indicador seguro da doença.

O estabelecimento de conduta frente à PE deve levar em consideração duas variáveis; idade gestacional e gravidade do quadro. Desta forma, três eventualidades devem ser analisadas:

- a) pré-eclâmpsia leve no pré-termo (Figura 2);
- b) pré-eclâmpsia grave no pré-termo e termo (Figura 3).

4.5.2 Iminência de Eclampsia/ Eclampsia

Iminência de eclampsia corresponde ao quadro de pré-eclâmpsia grave, caracterizado clinicamente por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrico e hipocôndrio direito. Eclampsia é o aparecimento de convulsões seguidas ou não de coma, não atribuíveis a outras causas, em paciente com Pré-eclâmpsia.

Assim, fica claro que não existe eclampsia sem pré-eclâmpsia; ela é fase mais grave da mesma doença.

4.6 Rede de Assistência Especializada – Assistência Obstétrica Estadual

Considerando a rede de assistência especializada, em relação a assistência materno infantil, no ano de 2007 foram realizados 115.594 partos. Destes 87,8% (101.521) de risco habitual e 12,2% (14.073) de alto risco. Dos partos de risco habitual, 26,6% (27.034) foram cesarianas. Nos partos de alto risco, este procedimento representou 51% (7.214). Hoje são disponibilizados 2.587 leitos de obstetrícia e, destes, 1.216 deveriam estar distribuídos na I GERES e 111 na VIII GERES (conforme portaria). No entanto, apenas 893 e 85 leitos, respectivamente, estão disponíveis, havendo um déficit em relação ao número de leitos

preconizados pela Portaria GM nº 1101, de 2002. A I GERES possui municípios com menos de 50% de cobertura em obstetrícia como: Igarassú, Ipojuca, Paulista e Jaboatão dos Guararapes (Plano Estadual de Saúde, 2008-2011).

O Plano Estadual de Saúde de Saúde, contempla com metas às áreas específicas, inclusive a saúde da mulher, para o quadriênio 2008-2011, conforme a seguir.

METAS	2008	2009	2010	2011
Elaborar, reproduzir e distribuir protocolos e fluxogramas de Atenção Integral a Gestante Mãe Coruja Pernambucana nos serviços de saúde.	25%	25%	25%	25%
Realizar capacitação/atualização em atenção integral ao pré-natal para pelo menos 80% dos profissionais da atenção primária, média e alta complexidade, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
Realizar capacitação/atualização para 100% das Parteiras Tradicionais cadastradas e que não passaram por processo de capacitação, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
Realizar capacitação/atualização permanente para técnicos nos Sistemas de Informação em Saúde da Mulher – SISPRENATAL e SISCOLO em 100% das Secretarias Municipais de Saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
Supervisionar anualmente 50% dos 165 Municípios nas ações do Programa Estadual de Parteiras Tradicionais.	25%	50%	50%	50%
Reduzir a razão de mortalidade materna em 5% ao ano.	5%	5%	5%	5%
Implantar em 100% das Regionais de Saúde os Comitês de Estudo da Mortalidade Materna.	25%	25%	25%	25%
Garantir a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil em 100% dos municípios abaixo de 80.000 habitantes e 70% nos municípios com mais de 80.000 habitantes.	25%	25%	25%	25%

Quadro 3 - Quadro de Metas de Saúde da Mulher.

Fonte: Pernambuco (2008).

4.7 Fortalecimento dos Hospitais Regionais

Melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS, através da organização da rede assistencial, incluindo o atendimento de urgência e emergência em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada, visando a equidade do acesso e a integralidade do atendimento em saúde.

Trabalhando para a reestruturação dos hospitais regionais, na definição de sua missão; na reorganização da rede assistencial e na avaliação de desempenho dos hospitais regionais o Plano Estadual de Saúde contempla metas a serem atingidas para o fortalecimento dos hospitais regionais, conforme consta no Quadro 4 a seguir:

METAS	2008	2009	2010	2011
Monitorar anualmente os indicadores de media e alta complexidade dos 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macro região Caruaru.	9	9	9	9
Realizar 2 supervisões/ano aos 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macro região Caruaru.	18	18	18	18
Adquirir equipamentos para os 8 hospitais regionais e 1 hospital de referencia obstétrica da macro região Caruaru para o pleno funcionamento dentro do modelo público de gestão.	2	3	2	2
Construir 1 diagnóstico detalhado acerca do quadro de recursos humanos dos 8 hospitais regionais para fins de expansão.	1	-	-	-
Transformar em unidades orçamentária os 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macro região Caruaru, em parceria com áreas técnicas afins das SES/PE, garantindo o modelo público de gestão.	-	-	4	5
Adquirir equipamentos para os 8 hospitais de pequeno porte ligados a I GERES, para o pleno funcionamento, dentro do modelo público de gestão.	2	2	2	2
Construir 1 diagnostico detalhado acerca do quadro de recursos humanos dos 8 hospitais de pequeno porte ligados a I GERES, para fins de expansão.	1	-	-	-

Quadro 4 - Quadro de Metas para o Fortalecimento dos Hospitais Regionais.

Fonte: Pernambuco (2008).

O Hospital Regional está localizado em um município do Estado de Pernambuco. Possui na sua estrutura física: 02 salas de cirurgia, 03 salas de parto, 01 sala de recuperação pós-anestésica com 03 leitos, 01 enfermaria de expectativa com 10 leitos e 01 banco de leite humano. Com capacidade de atender 02 especialidades: Obstetrícia Clínica e Neonatologia, possui 13 leitos de Enfermaria Canguru e 18 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia, 13 leitos de Alto Risco e 52 leitos de Alojamento Conjunto, sendo desses 24 leitos não cadastrados formalmente (leitos extras).

O município no qual está localizado possui na sua Rede de Serviços Públicos, Privados Conveniados e não Conveniados: 05 Hospitais Gerais, 03 Hospitais Especializados, 04 Unidades Mistas de Saúde, 01 Pronto Socorro Geral, 01 Pronto Socorro Especializado, 04 Postos de Saúde, 08 Policlínicas, 03 Unidades de Suporte Básico do SAMU, 01 Unidade de Suporte Avançado do SAMU, 01 Unidade de Vigilância em Saúde, 01 Central de Regulação de Serviços de Saúde, 01 Centro de Referência a Saúde do Trabalhador, 40 Unidades Básicas de Saúde, 50 Clínicas/Ambulatórios Especializados, 29 Consultórios Isolados, 23 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia e 01 Cooperativa.

Ao longo dos anos o município tem investido em ações básicas de saúde que corroboram com a melhoria de alguns indicadores. Esse crescimento pode ser constatado principalmente em determinados números da área técnica de saúde da mulher e da criança. Indicadores como: coeficiente de mortalidade infantil e neonatal, taxa bruta de natalidade,

percentuais de partos cesáreos, razão de mortalidade materna, gestantes cadastradas no SIAB e SISPRENATAL demonstram crescimento. Porém, outros sinalizadores que são igualmente importantes, ainda sofrem com dificuldades em serem impactados. Os dados relativos à gestação na adolescência, número de partos prematuros, baixo peso ao nascer e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses ainda se apresentam de forma pouco alterada (BRASIL, 2009).

4.8 Fluxograma Analisador

A implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento à Gestante de Alto Risco, não deve pressupor apenas as tecnologias procedimentais (duras), mas, investimentos no trabalho com grupos técnicos em serviço, que utilizem-se de algumas **ferramentas analisadoras** que podem ajudar a provocar o efeito da auto análise em equipes de trabalhadores nos cenários de produção, isto é, relacionando-se com seu processo de trabalho, como por exemplo: o **Fluxograma Analisador** (FRANCO; MERHY, 2003; MERHY, 1997; SILVA JR. et al., 2003).

Naturalmente que essas ferramentas por si só não produzem o efeito auto analítico e transforma os sujeitos, mas, associadas a um método de intervenção provocador, dialógico, interativo, construtivista, podem levar a isso, abrindo a possibilidade de realmente produzir certa interação dos sujeitos trabalhadores, no sentido de constituir um novo método de trabalho, centrado na produção de um cuidado mais comprometido com a defesa da vida no plano individual e coletivo.

Desta forma o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado (FRANCO; MERHY, 2004). A busca pelo serviço de saúde se dá, através do entendimento que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo figurado que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Esta dialética do cuidado que se lança no serviço de saúde é formada por um conjunto de desenhos que dão significado à assistência que se oferece. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a idéia de cuidado,

traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e suscitar conflitos e tensões que apreendem a relação de cuidado.

A demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não efetivação de certas necessidades, nas suas referências. A rede de serviços por sua vez responde criando no usuário uma dependência, que ganha espaço, na fragilidade apresentada por ele em seu autocuidado. Parti daí o pressuposto de que os procedimentos ofertados pelos serviços dariam conta de atender a essas necessidades, entretanto, eles atendem a um elenco limitado das necessidades apresentadas pela demanda. Fazem parte de um complexo processo produtivo da saúde, e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde e esta é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações intercessoras (MERHY; CECILIO, 2003), que diz respeito à colisão de pessoas, trabalhador de saúde e usuário, quem juntos produzem algo em comum, isto é, são sujeitos de um mesmo processo, o cuidado.

Com base nas considerações acima, estabeleceu-se o seguinte objetivo: Analisar as dificuldades de implementação de uma linha de cuidado de atenção ao pré-natal e parto, tomando como eixo orientador o fluxograma analisador do processo de trabalho em saúde.

A apresentação do caso traçador foi concedida com a construção do fluxograma analisador, constituindo um processo importante na metodologia do trabalho, enquanto ferramenta utilizada, onde os envolvidos avaliaram o caso apontando os sucessos e ruídos na produção do cuidado e problematizaram no grupo o processo de trabalho realizado à luz da análise institucional. A apresentação do fluxograma do caso foi interessante por que algumas “clareiras” que não foram percebidas pela pesquisadora apareceram durante a elaboração do fluxo, demonstrando nos resultados, a necessidade efetiva das parcerias intersetoriais/interinstitucionais.

O primeiro grupo de análise foi a identificação das dificuldades de implementação de táticas de enfrentamento da gestão municipal para atender a sua demanda de partos normais, o segundo a composição da linha de cuidado do pré-natal e parto do município e por fim a análise das dificuldades de implementação de uma linha de cuidado de atenção ao pré-natal e parto, tomando como eixo orientador fluxogramas analisadores do processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, Merhy e Cecílio (2003) consideram que quaisquer serviços assistenciais de saúde podem ser enquadrados na sequência mostrada pelo diagrama resumo

apresentado na Figura 1, que no presente estudo foi desdobrada nas Figuras 2 e 3, construídas a partir das entrevistas, das observações realizadas e complementadas pelos documentos oficiais consultados, com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização das informações colhidas através da pesquisa empírica. A síntese dos resultados das análises é apresentada a seguir.

Considerando a oferta de serviços para referência obstétrica e a sua demanda, a assistência obstétrica é contemplada com o desenho representado pelo Fluxograma concebido na Figura 1.

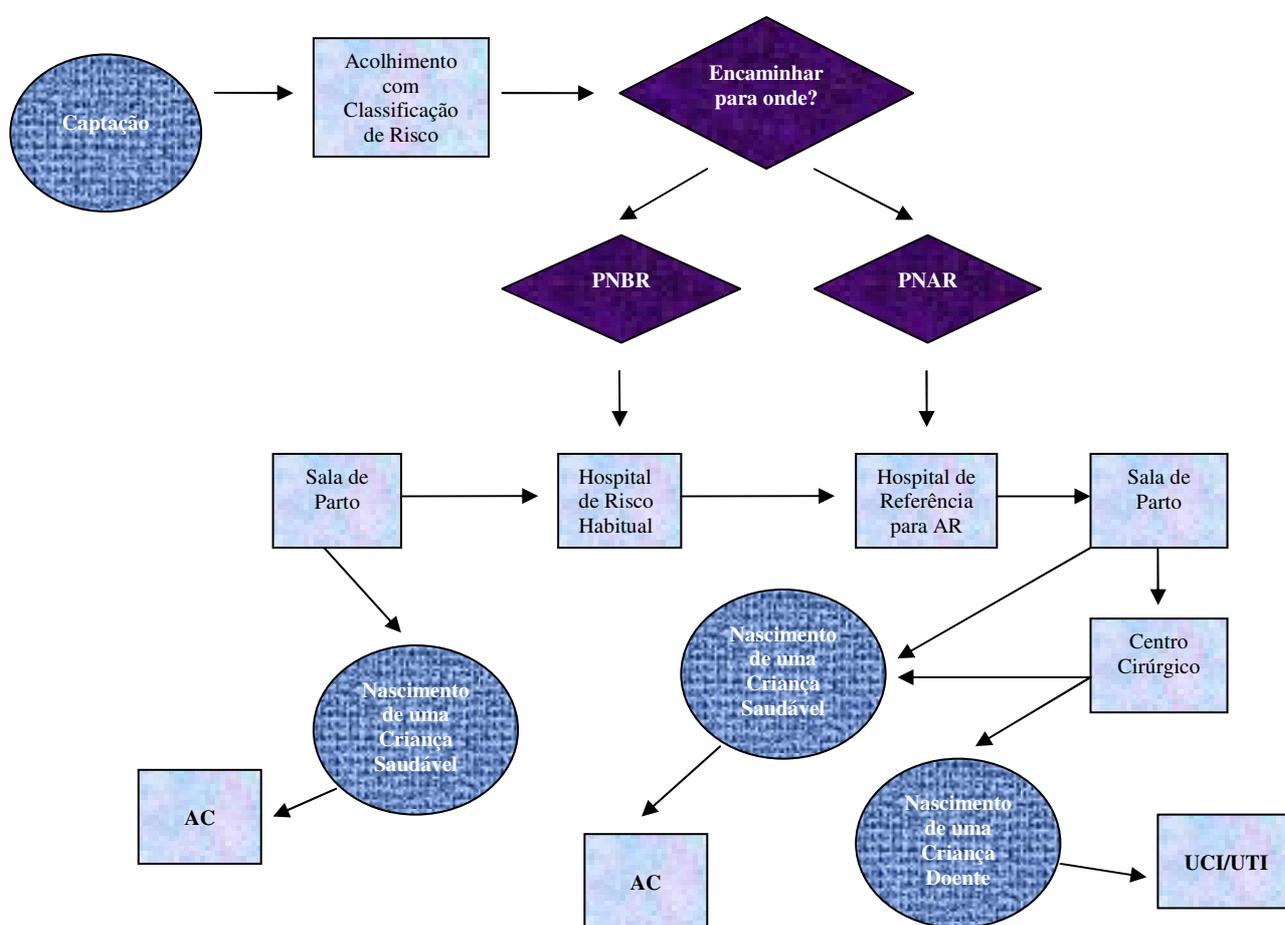


Figura 1- Fluxograma Analisador da Atenção Pré-natal.

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda:

Elipse: Entrada ou saída do processo de produção de serviços.

Losango: Indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho.

Retângulo Diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Ressalta-se que, na porta de entrada, a tecnologia leve, ou seja, de relação, é priorizada, prevalecendo uma relação pessoal, de vínculo, dependente por vezes, por dificuldades, como a grande demanda e a pouca probabilidade de oferta. Em cada uma delas, o usuário é, então, recepcionado de diferentes formas, com o atendimento organizado a partir de escolhas de atendimento centradas no profissional prenatalista, o que caracteriza processos de trabalho diferentes. É importante considerar que existe uma parte da população que não consegue chegar à unidade por diversos motivos. Procuram, mas não alcançam entrar no serviço, não se mobilizam para ir à unidade, ante as dificuldades que, sabem, vão se deparar ou já experimentou em outros momentos, o que prejudica a assimilação da demanda em pacto com as necessidades da população. No entanto, no caso sob estudo, a unidade básica tem o cadastro das famílias da microárea, o que possibilita o conhecimento da realidade, mas nem todos os membros das famílias obrigatoriamente apresentam demandas por atendimento na unidade. Apesar de o serviço estar disponível, este não é acessível a todos da população adscrita, ou seja, a atenção pré natal não se concretiza efetivamente em um direito, sendo frágil o vínculo com a equipe, uma vez que não se relaciona com a prática cotidiana. Cada equipe define como organizar as ações na atenção básica: a forma de agendamento das consultas, a seleção dos pacientes, o nível de atuação dos ACS, como também a periodicidade das atividades educativas. Desta forma, a articulação entre a oferta de serviços e a demanda na unidade é conduzida pelo profissional de enfermagem em cada unidade básica; com ênfase para a atuação do profissional enfermeiro na determinação das ações, refletindo o caráter individual que a profissão admite na atenção básica, que controla o seu processo de trabalho, sendo ao mesmo tempo planejador e executor de suas atividades, definindo todo tipo de cuidado que vai ser prestado ao usuário¹⁷, como foi observado.

Na sequência, apresentam-se os fluxogramas do MS nas Figuras 2 e 3, discutindo as formas que devem ser seguidos os casos de pré-eclampsia leve pré-termo e pré-eclampsia grave pré-termo, na perspectiva de desvendar o desenho como se organiza a demanda na produção dos atos em saúde, demarcada pelos atores sociais, na atenção à saúde.

Nos fluxogramas das Figuras 2 e 3, estão caracterizados os protocolos clínicos para o acompanhamento dos quadros de pré eclampsia nas unidades de saúde e rede hospitalar.

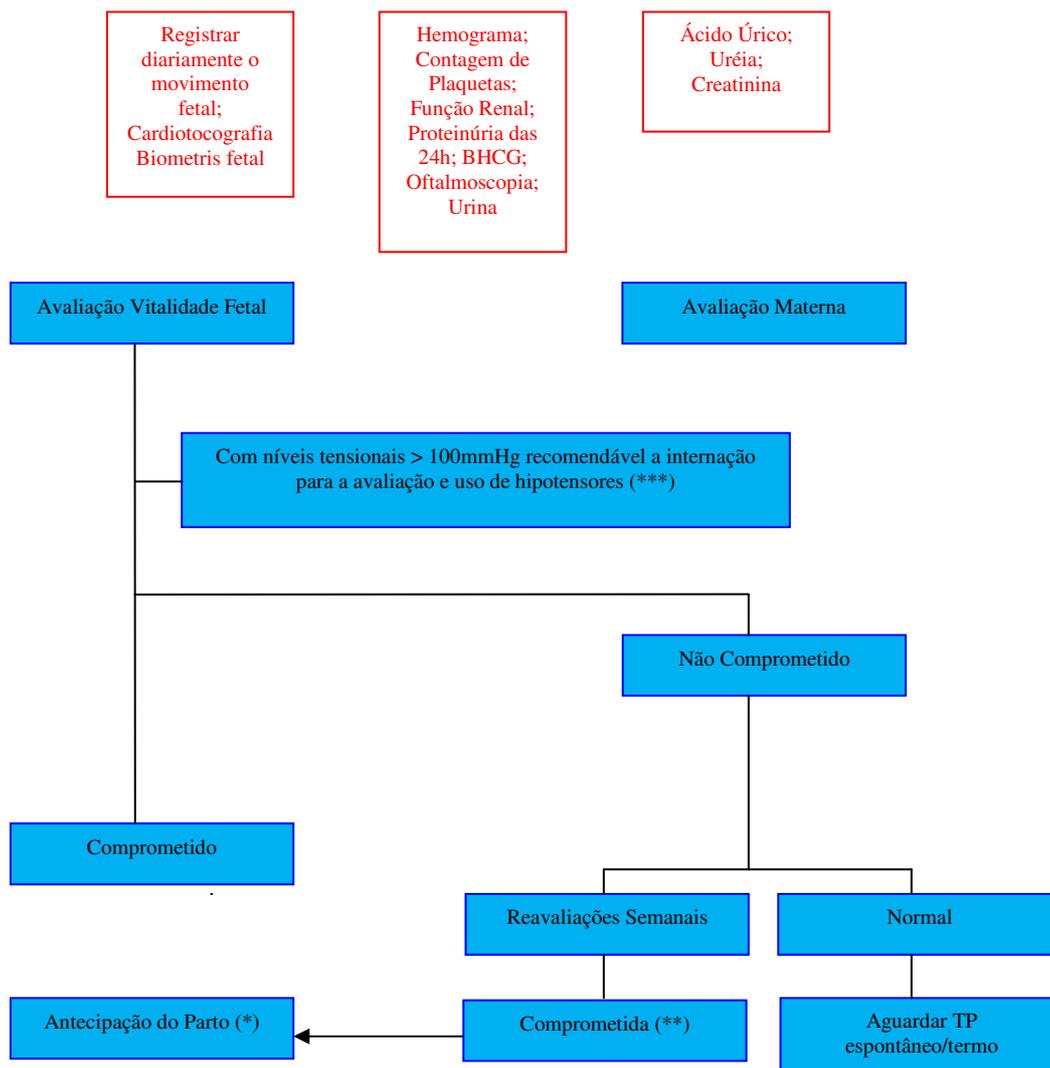


Figura 2 - Fluxograma da Pré-eclampsia Leve Pré-termo.

Fonte: Brasil (2000).

Nota:

(*) Via de parto: indicação obstétrica _ não ultrapassar 40 semanas

(**) Corticóides: usar entre 28^a /34^a sem.

(***) Hipotensores: 1. a metildopa _ 750 mg a 2,0 g

2. Hidralazina - 50 a 200 mg/dia

3. B-bloqueador _ 10 a 30 mg/dia

4. Nifedipina _ 20 a 60 mg/dia

Obs.: Não usar diuréticos: reduzem o volume intravascular e a perfusão placentária já reduzida na pré-eclâmpsia.

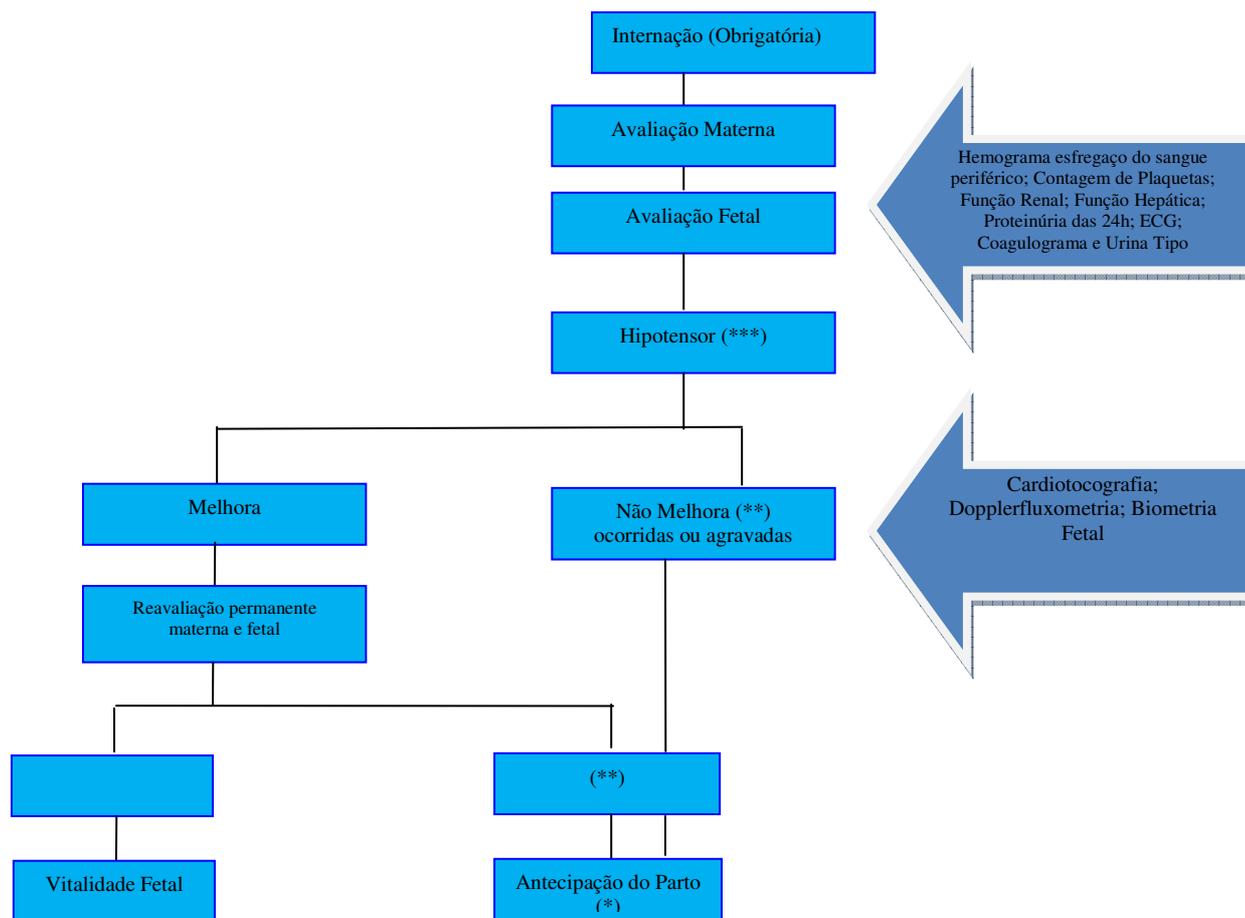


Figura 3- Fluxograma da Pré-eclampsia Grave Pré-termo.

Fonte: Brasil (2000).

Nota:

- (*) Via de parto: indicação obstétrica
- (**) Corticóides: usar entre 28 e 34 sem.
- (***) Hipotensores: 1. Sulfato de magnésio
- 2. Hidralazina _ 50 a 200 mg/dia
- 3. b-Bloqueadores _ 10 a 30 mg/dia
- 4. Nifedipina _ 20 a 60 mg/dia

Inicialmente, foi estabelecida uma conversa com a direção e a coordenação de enfermagem do hospital municipal para identificação de um caso traçador que pudesse ser apreciado. O acompanhamento da linha do cuidado traçada pela usuária foi desenvolvido contemplando as seguintes etapas:

- a) coleta de dados no prontuário, no senso diário da enfermagem e em outros documentos que forneçam informações a respeito da atenção prestada ao cliente;
- b) identificação dos serviços e unidades assistenciais envolvidos no processo de cuidado do caso;
- c) entrevista não-estruturada com o caso, cuidador/acompanhante e profissional da atenção básica para coletar informações adicionais sobre o processo de cuidado;

- d) transcrição, síntese e sistematização dos dados coletados;
- e) montagem do fluxograma;
- f) análise do fluxograma e Identificação dos ruídos e suas possíveis causas.

Posteriormente, o marco teórico foi articulado com os dados coletados. Neste momento foi dada ênfase ao perfil da assistência traçada, a fim de apreender quais os fatores que influenciam positiva ou negativamente no cumprimento da missão institucional. O campo de investigação escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi um serviço de referência hospitalar obstétrica para o alto risco secundário, de um município do estado de Pernambuco.

4.9 Condição Traçadora

É preciso analisar o contexto de como se dá a referência dos casos para este modelo hospitalar, utilizando procedimentos metodológicos que permitam uma focalização sobre alguns de seus aspectos - um melhor recorte temático. Uma possibilidade seria escolher uma categoria que iluminasse certos aspectos do funcionamento rotineiro do serviço ligados à promoção da saúde da gestante, e como estes se relacionam. A preocupação, o preparo e a organização do serviço para com esta categoria; e a atenção, cuidado ou atividades a ela dirigidas, podem fornecer informações importantes para a avaliação global da promoção da saúde no Hospital 2.

Esta é exatamente a definição de condição traçadora, quando utilizada em avaliação de serviços de saúde, conforme a proposição de Kessner et al. em seu clássico artigo de 1973. Segundo os autores, o traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde. Neste caso, o pressuposto é que a forma como uma equipe de profissionais de saúde administra sua intervenção sobre uma determinada condição (chamada traçadora por reunir certas características), será um indicador da qualidade geral do cuidado e do sistema que fornece aquele cuidado. O método leva em consideração aspectos referente tanto à avaliação de processo como de resultados.

Segundo estes autores, a condição traçadora deve ter as seguintes características: (i) ser bem definida e delimitada; (ii) ter considerável relevância e causar impacto significativo na saúde; (iii) ser de elevada prevalência, de modo a permitir coleta de dados, adequada, de uma amostra limitada da população; (iv) ter a história natural da condição variável com a

intervenção dos serviços de saúde e com a qualidade desta intervenção; (v) ter técnicas de intervenção bem definidas ao menos para um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e (vi) ter os efeitos de fatores não médicos compreendidos.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do Estudo

Por se tratar de uma inquirição baseada na experiência sobre uma situação que não pode ser destacada de seu contexto e dessa forma reportar-se a uma lista relevante de variáveis com as quais se descrevam as unidades de análise, o caminho tomado foi o estudo de caso da rede de atenção a gestação e ao parto de uma região de saúde, utilizando uma abordagem qualitativa na forma de pesquisa avaliativa. O critério numérico não foi o responsável para se estabelecer a amostragem do estudo, mas, o aprofundamento e a abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização política ou representação), e não as generalizações que deram conta de responder ao fenômeno que foi estudado (MINAYO, 1999). As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e aberta sendo esse último formato, com o objetivo de obter o detalhamento de um maior número de informações segundo a vivência dos entrevistados, a observação sistemática da gestão e a análise das fontes documentais. Os sujeitos do estudo foram 10 pessoas, distribuídas entre três grupos de representação grupo 1: “informantes-chave” gestor da região de saúde, gestor municipal de saúde, coordenador de atenção básica, gestores hospitalares entre outros - 08 entrevistados; grupo 2: enfermeiro instrutor supervisor do programa de agentes comunitários de saúde - 01 entrevistado; grupo 3: usuário da rede de saúde municipal/estadual – 01 entrevistado.

Para compor a “linha de cuidado” foi adotada a metodologia do caso traçador de um usuário sob cuidados dessa rede de serviços, como analisador da assistência prestada, através da construção do fluxograma analisador discutido coletivamente entre os pares envolvidos na pesquisa, no formato de grupo focal. O fluxograma analisador proposto por Merhy e Cecílio (2003) é uma representação gráfica do processo de trabalho em unidades de saúde, sendo elaborado de forma centrada no usuário, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da organização do trabalho e da produção de serviços. Para o autor, bastaria a observação de um dia para se montar um fluxograma analisador, pois, do ponto de vista de um modelo de saúde, um dia é igual a outro.

O estudo foi realizado na rede de atenção obstétrica de uma região de saúde do Estado de Pernambuco. Onde destacamos dois modelos hospitalares que atendem o maior fluxo de

demanda. O hospital regional que é referência secundária para o alto risco obstétrico, e o hospital municipal, implantado em 2003, e hoje respondendo pelo modelo hospitalar de referência obstétrica de risco habitual municipal.

As entrevistas dos “informantes chaves” que compõem o primeiro grupo foram orientadas por um roteiro, para obter informações acerca do processo de trabalho e do modelo regional de atenção obstétrica: práticas admitidas para o trabalho, articulação entre os modelos de atenção / os gestores / e usuários, instrumentos de trabalho e hierarquização do atendimento. A entrevista do grupo dois foi orientada por um roteiro de necessidades, para obter informações acerca do participante do estudo e do processo de trabalho, observando as práticas adotadas. A entrevista com o terceiro grupo foi livre, sem roteiro, sendo essa com o objetivo de obter o detalhamento de um maior número de informações segundo a vivência do entrevistado. A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2010.

O Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), que também julgou a pertinência do Projeto e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), construídos para cada sujeito da investigação (gestores e/ou usuário), e do objetivo da pesquisa e dos riscos a que estão vulneráveis os sujeitos da pesquisa, aprovando-o em reunião plenária realizada em 18 de março de 2010.

Trata-se de uma análise das interfaces entre os sujeitos da prática, seus métodos de ação e modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde, ao se tomar como eixo norteador o “trabalho vivo em ato”, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

5.2 Análise de Conteúdo de Dados da Pesquisa

Empreendemos uma análise documental, a partir da proposta de análise de textos (SEVERINO, 1993), orientada pela perspectiva de análise de conteúdo, tendo como guia os referenciais da análise temática (BARDIN, 1977). Trabalhamos com fontes primárias, incluindo textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, como o PHPN, Relatórios de Gestão, Plano Municipal de Saúde, livros de registros internos e prontuário do paciente.

A análise das entrevistas foi feita a partir da transcrição das gravações, do agrupamento das falas por temas, seguindo-se com a análise de conteúdo referenciada por

Bardin (1977). Defendido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às variáveis destas mensagens. Um método de pesquisa adotado para exposição objetiva e ordenada do conteúdo aparente nos depoimentos dos entrevistados. Amplamente utilizado para estudar e analisar material qualitativo, busca melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, aprofundando suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes das falas (BARDIN, 1977).

As fases que fizeram parte dessa análise foram três: A pré-análise; A exploração do material; O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Nesse caso o número de pessoas implicadas na comunicação foi caracterizado pelo diálogo estabelecido entre o entrevistador e o entrevistado. Foi possível constituir categorias/subcategorias para a realização das análises, de modo a revelar de forma mais incisiva as respostas dos sujeitos da pesquisa. Classificando-as em tecnologias leves e tecnologias leves-duras, relativas à importância temática, a fatores tecnológicos e a fatores institucionais.

Iniciamos o trabalho analisando as entrevistas. Elas foram transcritas e a sua reunião constituiu o CORPUS da pesquisa. Para tanto, foi preciso obedecer às regras de:

- a) exaustividade – foi esgotada a totalidade da comunicação, nada foi omitido;
- b) representatividade – a amostra representou o universo;
- c) homogeneidade – os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos pela pesquisadora;
- d) pertinência – as transcrições adaptaram-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- e) exclusividade – um elemento não foi classificado em mais de uma categoria.

Para este estudo foi feita uma aproximação conceitual da condição traçadora “Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)”. Portanto, não se escolheu uma doença, mas, uma condição clínica específica da gestação e responsável pela maioria dos óbitos maternos, já que a preocupação é com a promoção da saúde da gestante. Ou seja, foi preciso escolher uma condição que refletisse da melhor maneira a preocupação das gestões municipal/regional com a garantia da referência obstétrica em todas as suas facetas. Sendo assim, optou-se por trabalhar com uma usuária demonstrando sua necessidade de assistência nesse modelo, ressaltando-se como atividade típica deste campo da ciência médica e que preenche todos os critérios necessários para caracterizar a condição traçadora (KESSNER et al., 1973; TRAVASSOS, 1985).

5.4 Área e População do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Estado de Pernambuco que está localizado no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, tendo como limites os Estados da Paraíba e Ceará (N), o Oceano Atlântico (L), Alagoas e Bahia (S) e Piauí (O). Possui uma extensão territorial de 98.311.616 km², incluindo os 16,987 Km² do arquipélago de Fernando de Noronha que, em 1988, foi reincorporado ao seu território (IBGE, 2001). O Estado é composto por 184 municípios e pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, distribuídos em 12 Regiões de Desenvolvimento (RD); 01 - Sertão de Itaparica, 02 - Sertão do São Francisco, 03 - Sertão do Araripe, 04 - Sertão Central, 05 - Sertão do Pajeú, 06 - Sertão do Moxotó, 07 - Agreste Meridional, 08 - Agreste Central, 09 - Agreste Setentrional, 10 - Mata Sul, 11 - Mata Norte e 12 - Metropolitana (CONDEPE, 2003).

Em 2007, Pernambuco admitia com uma população total de 8.608.000 habitantes, composta por 4.161.000 homens e 4.447.000 mulheres, indicando predominância da população feminina, influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade (IBGE, 2008).

A densidade demográfica do Estado, em 2007, é de 86,31 hab/km², e a representação da distribuição populacional, segundo faixa etária e sexo na pirâmide etária, revelam que a população de 2007 apresenta semelhante proporção a de 2000, com a distribuição privilegiando numericamente os indivíduos entre 20 e 29 anos (17,91%), sendo 9,16% do sexo feminino e 8,74% do masculino (IBGE, 2008).

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito de menores de um ano, os que apresentaram maiores proporções no ano de 2003 foram as afecções perinatais (48,0%), as causas mal definidas (15,1%) e as doenças infecciosas e parasitárias (12,2%) (PERNAMBUCO, 2008). No ano de 2007, semelhante ao ocorrido nos demais estados brasileiros, as afecções perinatais permanecem como primeira causa de morte e as malformações congênitas como segunda.

No grupo das afecções perinatais, como principais causas específicas de óbito, destacam-se as chamadas afecções maternas, que foram responsáveis por 12% de todos os óbitos de menores de um ano em 2007. As afecções maternas são representadas por patologias da gestante que afetam o feto e o recém-nascido, como a hipertensão arterial (preexistente ou associada a gestação) e as infecções do trato urinário (PERNAMBUCO, 2008).

Quanto às causas de morte referentes aos anos 2003 a 2006, predominaram as obstétricas diretas (53,9%) — relacionadas a complicações obstétricas ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas — com destaque para as doenças hipertensivas (24,1%) e as síndromes hemorrágicas (12,4%) (PERNAMBUCO, 2008).

A mortalidade associada ao ciclo gravídico puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na população feminina. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez e um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, das mortes maternas são evitáveis.

Em relação à investigação de mortalidade materna o Estado possuía apenas 3 (três) comitês regionais implantados (IV: Caruaru, VIII: Petrolina e IX: Ouricuri GERES) até 2009, a partir desse ano implantou mais 2 (V: Garanhuns e VI: Arcoverde GERES), o que acaba sobrecarregando as ações do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna (CEEMM), que analisa os óbitos de todas as outras regionais de saúde. Em 2005 o Estado de Pernambuco teve 92,1% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Esse foi o último ano de estudo concluído pelo comitê estadual, pois há um atraso nas investigações dos óbitos.

Considerando a morbidade hospitalar na rede assistencial do SUS, destaca-se as causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério como o principal motivo de internação em mulheres com 10 ou mais anos de idade (50,7% do total). Nas adolescentes e mulheres de 20 a 49 anos, estas causas representam 76,9% e 62,3% de todos os internamentos, respectivamente. Quanto aos partos que acontecem em domicílio, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos da Secretaria de Saúde do Estado em 2007 perfazem um percentual de 0,63% dos partos ocorridos e existem cadastradas 924 Parteiras Tradicionais (realizam parto em domicílio, principalmente na zona rural do Estado), e destas 353 não passaram por processo de capacitação.

Em 2007, em relação às crianças, as afecções perinatais foram as principais causas de mortalidade, independentemente da raça/cor, representando 46,9% e 56,5% nas crianças não negras e negras, respectivamente (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Atualmente no contexto regional a Secretaria Estadual de Saúde desenhou desempenhos de co-gestão dentro das Macrorregiões, transformando as onze Microrregiões hoje existentes em 26 Microrregiões de Saúde.

5.5 Período do Estudo

Os dados primários foram relativos ao período de março e abril de 2010. A coleta de dados secundários se deu no período agosto de 2009 a abril de 2010 e a discussão do fluxograma analisador com os atores envolvidos em maio do mesmo ano.

6 REALIZAÇÃO DO ESTUDO

6.1 Entrevista

Esta etapa teve início a partir da autorização para realização da entrevista, onde foi feita uma exposição dos objetivos da pesquisa, sensibilizando as pessoas à participação de forma corresponsável. A entrevista foi precedida de agendamento e confirmação, para que não acontecessem imprevistos. O trabalho ocorreu numa lógica de neutralidade relativa aos questionamentos, trabalhando a receptividade e atenção junto às informações obtidas, de forma a não interferir nos resultados desejados. Todas foram gravadas sob autorização dos entrevistados

O roteiro elaborado foi aplicado aos gestores regionais e municipais, constituído de gestores da Regional de Saúde e do município sede desta.

Finalizando houve um momento de abordagem através de uma entrevista aberta, a um usuário que se utilizou dos serviços dos modelos municipal e regional e a um profissional de enfermagem que assistiu o caso na atenção básica municipal.

6.2 Análise de Conteúdo de Dados da Pesquisa

Empreendemos uma análise documental, a partir da proposta de análise de textos (SEVERINO, 1993), orientada pela perspectiva de análise de conteúdo, tendo como guia os referenciais da análise temática (BARDIN, 1977). Trabalhamos com fontes primárias, incluindo textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, como o PHPN, Relatórios de Gestão, Plano Municipal de Saúde, livros de registros internos e prontuário do paciente.

A análise das entrevistas foi feita a partir da transcrição das gravações, do agrupamento das falas por temas, seguindo-se com a análise de conteúdo referenciada por Bardin (1977). Defendido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às variáveis destas mensagens. Um método de pesquisa adotado para exposição

objetiva e ordenada do conteúdo aparente nos depoimentos dos entrevistados. Amplamente utilizado para estudar e analisar material qualitativo, busca melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, aprofundando suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes das falas (BARDIN, 1977).

As fases que fizeram parte dessa análise foram três: A pré-análise; A exploração do material; O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Nesse caso o número de pessoas implicadas na comunicação foi caracterizado pelo diálogo estabelecido entre o entrevistador e o entrevistado. Foi possível constituir categorias/subcategorias para a realização das análises, de modo a revelar de forma mais incisiva as respostas dos sujeitos da pesquisa. Classificando-as em tecnologias leves e tecnologias leves-duras, relativas à importância temática, a fatores tecnológicos e a fatores institucionais.

Iniciamos o trabalho analisando as entrevistas. Elas foram transcritas e a sua reunião constituiu o CORPUS da pesquisa. Para tanto, foi preciso obedecer às regras de:

- a) exaustividade – foi esgotada a totalidade da comunicação, nada foi omitido;
- b) representatividade – a amostra representou o universo;
- c) homogeneidade – os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos pela pesquisadora;
- d) pertinência – as transcrições adaptaram-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- e) exclusividade – um elemento não foi classificado em mais de uma categoria.

6.3 Observação Direta

Esta etapa do Plano se deu favorecendo a praticidade junto à validação das conclusões extraídas das entrevistas. A vantagem desta metodologia residiu na comparação entre as informações recebidas das pessoas pesquisadas e a própria realidade. Onde foi utilizada a necessidade de discrição quando da realização da observação, com vistas a evitar constrangimentos às pessoas observadas ou responsáveis pelos setores em estudo, atentando para a importância de não creditar total confiança as impressões sensoriais pessoais. O período da observação se deu igualmente ao aplicado às entrevistas.

6.4 Análise Documental

Esta etapa do plano de trabalho se desenvolveu durante todo o período de duração da pesquisa e teve o propósito de aprofundar temas relacionados aos modelos de atenção à saúde, atenção básica e cuidados primários de saúde, enfocando as formas de organização, estruturação, funcionamento da rede de referência hospitalar e a lógica dos encaminhamentos advindos desse modelo, discutidos na literatura.

6.5 Análise de Dados Secundários

Também contemplou todo o período de duração da pesquisa, com enfoque em documentos estaduais relativos à missão institucional e municipais referentes à temática, plano municipal e estadual de saúde, relatórios de conferências municipais e estaduais, consultorias, análises dentre outros documentos, onde buscou-se identificar a descrição dos modelos aplicados na gestão municipal no que tange a capacidade de atendimento aos partos habituais e ao encaminhamento de situações de risco obstétrico com vistas ao cruzamento dessas informações.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Rede de Petição e Compromissos

Para que fosse construída a Rede de petição e compromissos, foram utilizadas como ponto de partida a regional de saúde e o município sob estudo. A imagem é a de duas “estacas”, firmadas junto à assistência pré-natal, figurando como início da rede. A partir deste ponto, foram identificados e relacionados os diversos atores que estabelecem relação com a assistência obstétrica, fazendo pedidos e firmando compromissos ao mesmo tempo (MERHY, 1997). A construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, o tipo de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores com a assistência obstétrica conforme contempla a figura 4 a seguir.

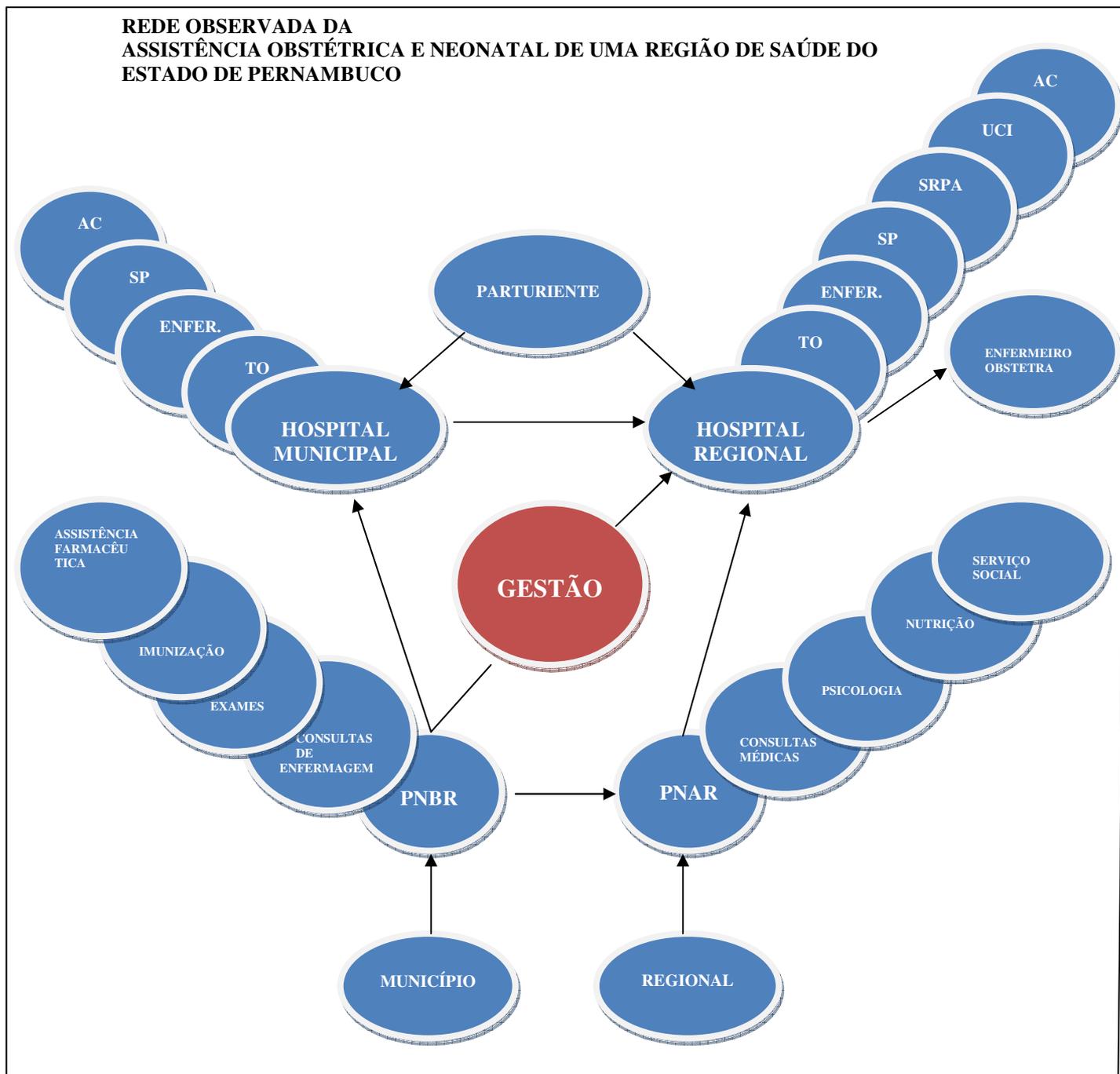


Figura 4 - Rede de Prestação e Compromissos.

Fonte: Elaborado pela Autora

Legenda:

TO – Triagem Obstétrica

ENFER – Enfermaria

SP – Sala de Parto

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica

UCI – Unidade de Terapia Intensiva

AC – Alojamento Conjunto

Podemos ressaltar no diagrama que anuncia a rede de petição e compromissos, que na verdade existem duas “estacas” (MERHY, 1997) na assistência obstétrica regional, recebendo e emitindo compromissos, a partir da regional de saúde e do município sob estudo. E que demandam referências para o PNBH ou PNAR. Observamos que a usuária apresentada aqui como gestante surge apenas uma vez na extremidade superior central do diagrama, relacionando-se com as referências hospitalares. Todas as outras relações são mantidas com os serviços internos das referências municipais e regionais. Apesar do diagrama da rede retratar a assistência obstétrica, o que de fato admite o posicionamento central refletindo seu poder decisório no interior da rede que se materializa, é a gestão, através da oferta comprometida de serviços.

Observamos que, nesta rede, a gestante é quem menos pedidos faz. As “estacas” aparecem relacionando-se com sua própria estrutura. O que se arrola com o que é discutido por Merhy, o serviço não é estruturado em função do usuário. A escuta qualificada e o estabelecimento de relações que possam contribuir na definição da micropolítica das organizações não existem institucionalmente. Na rede de petição e compromissos, é notório que as gestões ouvem e falam com elas próprias, constituindo o modelo de atenção. Nessa oscilação, a assistência obedece a uma direção determinada pela organização interna de cada gestão. Deixando, portanto o questionamento: Quem faz pedidos aos serviços hospitalares e produz a rede de petição e compromissos e sua dinâmica de funcionamento? Quem a partir desses pedidos coloca a gestante á margem desse processo?

A partir do desenho gráfico da rede de petição e compromissos, constatamos que há duas linhas pelas quais correm os pedidos e compromissos que dirigem a micropolítica do arranjo e relações da assistência obstétrica, são elas:

- a) O PNBH, representado pelo saber técnico estruturado da enfermagem, que conduz a prática assistencial a partir de determinados parâmetros, mas ainda subutilizando normas e protocolos, cumprindo de maneira implícita os compromissos assumidos junto a gestão municipal. Estas relações estão muito bem representadas nas rotinas da atenção básica, de forma adscrita ou sob livre demanda. Podemos apreender que o nível central da gestão mantém em relação ao atendimento PNBH e este, por sua vez, conduz as esferas operacionais da assistência do risco habitual, através dos exames, da imunização e da assistência farmacêutica, estabelecendo uma transmissão entre eles;
- b) O PNAR é na verdade um corpo interno da gestão regional que não admite um papel instituído dentro do modelo regional, pois não se comunica com quem lhe

pede. Ao tempo que não se estabelece como referência, tem em sua estrutura uma capacidade de resposta que se confirma através de algumas especialidades técnicas e de um serviço de assistência secundária hospitalar que não consegue desenvolver a assistência a que se destina porque recebe pedidos dos segmentos internos e da gestante que admite a sua própria linha do cuidado.

O usuário mais uma vez, tem a sua figura coisificada, de receptor e não de sujeito da organização dos serviços e seus processos micro decisórios (MERHY, 1997). A rede de conversas se apresenta tensa entre o pré-natal, a usuária e a rede hospitalar. O pré-natal está inserido na organização dos serviços regionais e municipais, subsidiariamente para que os estabelecimentos hospitalares desempenhem a sua missão.

Há uma assistência obstétrica na cabeça dos profissionais de enfermagem, que trabalham com o imaginário da assistência pré-natal como uma ação independente, onde seria possível operar a partir da tecnologia própria da sistematização da assistência de enfermagem. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído á gestão, vem se revelando a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e compromissos estabelecidos revelam, o quanto aquele ideário dos trabalhadores da enfermagem, se encontra fora dos interesses das corporações que comandam a gestão.

Há a gestão dos níveis centrais (regional/municipal), da burocracia que atua através das normas, expedientes administrativos, e usa destes instrumentos para operar a missão hospitalar, citada anteriormente. Delibera desta forma procedimentos micro decisórios como os fluxos, o acesso, a assistência legítima prestada aos usuários e os frutos oferecidos pelos seus serviços hospitalares. Acima de tudo, enquadra os diversos segmentos ao seu propósito.

Os “ruídos” atravessam os serviços da assistência obstétrica e são, portanto objeto de análise. Vindo geralmente do usuário, os problemas se manifestam muitas vezes nestes “ruídos” que geram gritos nos corredores hospitalares. Eles são por excelência críticos do modelo. Estes barulhos se apresentam no dia a dia, da seguinte forma:

Usuários que diante dos conflitos existentes na rede de serviços e das esfinges de acesso, constroem uma rede paralela para a assistência secundária, através do Hospital 2, principalmente.

- a) tentativas de manipulação pelo usuário dos trabalhadores do Hospital 2, a fim de garantir suas necessidades/direitos;
- b) dificuldade no diálogo entre os que operam os serviços e os que determinam suas regras, ou seja, entre os que fazem e os que dirigem, em função de trabalharem uma rede de serviços ainda sem hierarquia definida;

- c) distanciamento do centro de poder da gestão, que de fato define o método, e as ferramentas de trabalho, de quem o realiza e gera o encontro do serviço com o seu destinatário final, o usuário;
- d) critérios para o encaminhamento secundário não são definidos com objetividade e nem sempre conhecidos por quem está na “ponta” da assistência.

A Rede de petição e compromissos expôs importantes pontos, até então não percebidos, e colocou a necessidade de uma análise mais detalhada da micropolítica de organização do trabalho na assistência obstétrica da região. Seria cogente ainda, melhor centrar esta assistência no contexto mais geral dos municípios adscritos a regional, bem como revelar os caminhos que a gestante da região de saúde percorre em busca do acesso, acolhimento, enfim, dos seus direitos em relação à assistência. Para completar esta análise, optou-se pela construção do Fluxograma que descrevesse o caminho admitido por uma usuária do sistema municipal, detalhadamente.

7.2 Categorizando os Ruídos

Nesta ocasião consideraram-se os resultados sobre o processo de trabalho em saúde dos profissionais da assistência pré natal e parto, com base nos dados documentais, na observação direta e nas entrevistas. Insurgiram duas grandes categorias analíticas, as quais se distenderam em subcategorias: as Tecnologias Leves na assistência obstétrica e as Tecnologias Leve-duras na assistência obstétrica.

7.2.1 Categoria I – As Tecnologias Leves na Assistência Obstétrica

Este estudo sugere a verificação da micropolítica do trabalho de uma regional de saúde na assistência obstétrica. Ponderamos como eixo analítico basal dos modelos technoassistenciais as tecnologias leves e sua junção com as tecnologias leve-duras.

Marques e Lima (2004 apud MERHY; CECILIO, 2003), defendem que uma das características fundamentais do trabalho em saúde, é que este se dá pelas relações entre os sujeitos.

A gestão conselheira dos processos são as tecnologias leves, tecnologias de relações como o acolhimento, a humanização e o direito a permanecer acompanhada por um ente familiar/amigo dentro de um ambiente estranho, um ambiente hospitalar.

7.2.1.1 *Acolhimento e Humanização*

A noção de acolhimento nos serviços de saúde segue quatro pressupostos: garantia do acesso universal, que trata do atendimento realizado por todos os trabalhadores de um serviço e não apenas a recepção; como relação de aproximação, com valorização da escuta, da fala do usuário, na perspectiva de desenvolver autonomia; como forma de responsabilização e como forma de reorganização dos processos de trabalho (MATUMOTO, 1998).

A partir do acolhimento estabelece-se o vínculo que provoca a edificação da confiança da gestante em relação ao profissional. Constitui um ambiente de permuta entre dois sujeitos, o sujeito cuidador e o sujeito do cuidado. Mas, para que isso advenha é imprescindível o acolhimento desde a entrada na unidade de saúde, onde o profissional escute seus lamentos, suas ansiedades, aflições e avalize atenção com a resolutividade esperada.

[...] quando a gente gosta é assim, aí [...], por favor, [...] “Deixa eu fazer meu pré-natal com você, por que eu fiz com tal pessoa e não deu certo, e eu já me acostumei contigo, você me escuta”, aí eu vou fazendo [...] (Entrevistado J).

As falas apresentadas a seguir permitem a análise de dois aspectos distintos. O primeiro é a dificuldade de estabelecer a adoção de protocolos para uma assistência sistematizada e resolutiva.

[...] esse modelo sofre pontos de estrangulamento o tempo inteiro com uma demanda que não é organizada que não é referenciada, que não é contrareferenciada então, é uma, a gente vive esse hospital como porta de entrada na verdade num sistema regional que deveria estar melhor configurado, que deveria estar melhor organizado para garantir a assistência integral a gestante, mas, com um viés que começasse realmente no município, no pré-natal, então eu visualizo que nesse momento a gente tem uma linha de atenção, uma linha de cuidado que sofre muitos pontos de interrupção (Entrevistado D).

O segundo é a indigência de composição de um Grupo de Trabalho que estabeleça a discussão entre o serviço e os usuários. Pois, os usuários quando procuram a rede de serviços de saúde em busca de ajuda esperam que o sistema resolva com eficácia às suas demandas, garantindo fluxos que o ajudem a caminhar com autonomia, buscando satisfazer suas necessidades de saúde.

[...] é uma rede que se conformou sem absolutamente conversar, é uma rede que não conversava e que ainda não conversa como deveria. É uma rede onde existe um grau de autonomia que não é autonomia, poderia ser chamado de atomização [...] então você recuperar isso para construir rede não é fácil, não é fácil [...] (Entrevistado E).

Essa autonomia é discutida por Merhy (2007), quando ele fala que o objetivo é centrar a atenção no usuário, intervindo em seus problemas de saúde de maneira a contribuir para um caminhar mais autônomo, na sua opção de andar a vida. Esse princípio origina inclusive a decisão do usuário de não aceitar algum procedimento ou serviço, ou até não cuidar de sua saúde, em um dado momento.

Identificamos essa situação quando o profissional de enfermagem é questionado sobre a adesão dos usuários aos seus encaminhamentos.

[...] expliquei que ela poderia procurar outro serviço como eu passei todas pra outro serviço, mas aí essas gestantes se acomodam muito e ficam: não, dá pra te esperar? [...] só que não depende delas né. Mas, aí eu não posso tirar férias, por que todo período vai ter gestante (Entrevistado J).

Entende-se com este discurso que apesar do encaminhamento, a gestante não realizou a consulta pré natal mensal quando o profissional de enfermagem se ausentou para seu gozo de férias. Pode-se asseverar que há autonomia, se esta foi uma decisão da gestante baseada em sua escolha conscienciosa frente a todas as repercussões que a não efetivação da consulta pré natal mensal poderia ocasionar. Se a não efetivação se deu pela incapacidade da resposta da gestão da rede de serviços, incluindo encaminhamento e monitoramento da situação, isso reflete falta de responsabilização sanitária.

A responsabilização sanitária aqui está indicada porque o profissional assistente pode assegurar que esta responsabilidade também compete ao usuário, e de fato é, mas, se lhe forem garantidos os caminhos institucionalizados para a efetivação da assistência.

A discussão sobre a garantia desses caminhos é observada quando na fala do profissional percebemos que esses estrangulamentos dos caminhos percorridos ocorrem.

Inclusive assim, o que a gente orienta o que preconiza a secretaria de saúde, na rotina a gente não faz medicação né, na anti-hipertensiva, mas, a gente encaminha, [...]. Com essa falta de ginecologista também, é uma coisa que dificulta muito, a gente não tem às vezes pra onde encaminhar (Entrevistado J).

Profissional e usuário são sujeitos que inevitavelmente são afetados nessa relação de necessidade, pois ambos têm interesses e sofrem constantemente com as variações sociais em que estão submersos.

Ao procurar a rede de serviços a gestante, busca a resolução de seus problemas de saúde, neste caso, a garantia de seu acompanhamento pré natal, com o objetivo de que nasça

uma criança saudável. Nesse sentido, a busca pelo serviço por parte da gestante, reflete a necessidade da construção de uma relação de compromisso da gestão e dos profissionais assistentes dos serviços com responsabilização, enquanto durar a necessidade do cuidado.

Na análise dessa relação entre o usuário e o serviço de saúde, os profissionais também apresentam os seus desejos e interesses, que podem não ter necessariamente interposição com o sujeito do cuidado.

Diante deste fato, às vezes, contraditório, observam-se as características individuais do profissional que muitas vezes vai determinar o seu autogoverno. Onde o “autogoverno” permite a privatizar o espaço de atuação, denominado como dimensão ético política do espaço institucional, prevalecendo as relações de poder, colocando o usuário numa relação de inferioridade (MERHY, 1997). Como constatado na rede de petição e compromissos.

A responsabilização sanitária determina uma postura da rede de serviços frente ao usuário, de modo a garantir que os recursos disponíveis para a resolução dos problemas serão adequadamente aplicados.

Nessa mesma perspectiva, a rede de serviços buscará através de seus profissionais, a reorganização de seus processos de trabalho a partir dos ruídos do cotidiano, como estratégia de melhoria do cuidado, garantia do acesso, equidade e integralidade das ações, aplicando assim os princípios do SUS.

No caso sob estudo, identificamos que em alguns momentos na gestão, o conceito de responsabilidade sanitária foi contuso.

Entrevistador: O PNBR garante a consulta médica conforme protocolo? o pré-natal de baixo risco garante consulta médica só quando é necessário” (Entrevistado F).

Entrevistador: O exame de bHCG é garantido na primeira consulta? Eu não sei te dizer. Mas, nós temos disponíveis, não sei se em todas as gravidezes isso é solicitado (Entrevistado F).

[...] os municípios não assumem um compromisso mais efetivo nesse sentido. Eles parecem sempre acabar esperando pela iniciativa do governo estadual, de alguma forma jogando essa responsabilidade [...] (Entrevistado C).

7.2.2 Categoria II – As Tecnologias Leve Duras na Assistência Obstétrica

As tecnologias que envolvem o trabalho em saúde podem ser classificadas como leve-duras. Refere-se aos saberes bem estruturado que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia, o Taylorismo e o Fayolismo (MERHY, 2007, p. 49).

Essas tecnologias representam o saber e a sua aplicação na assistência. Não cabe-nos julgar se os aparelhamentos institucionais são adequados ou inadequados, mas questionar o contorno da efetivação da tecnologia das relações, como um mecanismo analisador estratégico da escultura da atenção a saúde que tem o poder de expor profundamente as dificuldades do mundo do trabalho em saúde, de modo a publicizar o ambiente de gestão do cuidado.

7.2.2.1 *Regulação e Fluxo da Assistência*

Os Complexos Reguladores Assistenciais são estruturas que congregam um conjunto de ações regulatórias do acesso à assistência e que comportam as Centrais de Regulação que podem ser assim classificadas:

- a) Central de Regulação de Urgência: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- b) Central de Regulação de Internações: responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados;
- c) Central de Regulação de Consultas e Exames: responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados.

Além das Centrais de Regulação outro instrumento que também pode ordenar o acesso, organizando o fluxo dos pacientes, é o Protocolo Assistencial.

O Protocolo Assistencial é dividido em: Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso.

Os Protocolos Clínicos são "recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas e específicas" (BRASIL, 2005).

Os Protocolos de Regulação do Acesso são:

Diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistência (BRASIL, 2005).

As estruturas que compõem o Complexo Regulador devem se articular com as outras ações da regulação da atenção à saúde como a contratação, o controle assistencial e a avaliação, e com outras funções de gestão como a programação e a regionalização.

Os municípios para melhor atender seus usuários podem, por empreendimento próprio, implantar uma Central de Regulação de Consultas e Exames. Para os municípios habilitados em gestão plena pela NOAS/2001, esta norma determina a implantação do Plano Municipal de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência à Saúde que antecipa a implantação de uma Central de Regulação. Quanto maior o porte do município, maior será a sua precisão de realizar a regulação do acesso à assistência em seus vários níveis: pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar e, conseqüentemente, a implantação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames, Urgência e Internações.

A regulação no campo municipal pode trazer muitos aditamentos para a população como também beneficiar a organização da gestão como um todo.

A população será beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é simétrico e ordenado, impedindo as filas e garantindo o atendimento ao usuário em tempo aceitável levando-se em consideração a sua indigência de saúde. Por outro lado, o usuário não precisará se deslocar muito para realizar marcações de consultas, exames ou cirurgias eletivas.

A urgência obstétrica por ser uma área bastante delicada e que requer um atendimento eficiente num prazo mínimo, será organizada de maneira a priorizar os casos mais assisados tanto na esfera hospitalar como em toda a rede de saúde de um município. A proposta é acompanhar o usuário em situação de urgência desde sua entrada no Sistema para garantir o melhor recurso de saúde para o seu caso no âmbito municipal, microrregional ou macrorregional.

Para a gestão o processo regulatório beneficiará a resolução dos casos de forma eficiente, possibilitará um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, beneficiando a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira expandida. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

As Centrais de Regulação, como instrumento meio do processo regulatório, deve promover o fluxo de solicitações e encaminhamentos. Os protocolos de regulação são ferramentas muito importantes nesse processo. Os mesmos devem comandar normas para as marcações de consultas e procedimentos ambulatoriais, bem como para os agendamentos de cirurgias eletivas.

Nas situações de urgências obstétricas, os protocolos estabelecem os critérios de solicitação, de encaminhamento, de resolução e de priorização quando houver afluência de usuários a uma mesma vaga.

Os produtos são bastante prosaicos com a implantação do processo regulatório. Vale ressaltar que a Central de Regulação é uma ferramenta meio e o seu desempenho está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, que por sua vez está relacionado aos processos de cadastramento, contratualização, avaliação, PDI, PDR, PPI e, em última instância, com a gestão de saúde do município e suas diretrizes de ação.

As falas seguintes demonstram as tecnologias leve-duras que predominam a ação da gestão do cuidado em saúde.

Quando eu vejo, por exemplo, uma mulher do município [...], ter que ser removida [...], uma paciente de risco habitual, realmente é a declaração da falência de uma fatia muito importante da assistência (Entrevistado D).

Eu acho que a grande missão da regional de saúde, é coordenar a discussão e a construção do modelo regional de saúde. A discussão política, do ponto de vista de envolver todos os atores interessados, para que a gente tenha a definição de qual é a responsabilidade e qual é o nível de prestação de serviços de cada um dos atores envolvidos, sejam eles os gestores estaduais ou municipais (Entrevistado A).

[...] onde foram definidas algumas pactuações e foi criado inclusive no seminário que foi realizado em quatro dias, dois dias foram de grupos de trabalho, e nesses grupos é que foram definidos. Existia um grupo que era da área materno infantil onde foi muito falado essa questão da assistência obstétrica, e, a coisa do resgate, que eu acho que essa é a nossa grande luta, que é o resgate à missão verdadeira do Hospital Regional enquanto uma unidade de referência (Entrevistado B).

[...] os equipamentos municipais eles dispõem dos leitos, mas, não garantem a assistência (Entrevistado B).

7.2.2.2 *Direito ao Acompanhante*

Há no mundo todo um movimento em prol do acompanhante durante o parto e no pós-parto, principalmente em se tratando do pai-acompanhante, pois está havendo um grande estímulo à participação efetiva dos homens pais nesse processo. Nos Estados Unidos, a inserção do pai na cena do parto, fruto de movimentos reivindicatórios feminista, é incentivada por profissionais de saúde em alguns hospitais. Em diversos países ocidentais, individualmente na América do Norte e na Europa, o pai é a singular pessoa da rede de

relações da mulher dando à luz que tem ingresso à sala de parto. Por um lado, isso tem resultado em uma crescente participação do pai nesse evento.

Nos últimos anos, diversos atores sociais têm se empenhado na concepção, promoção e implementação de novos direitos reprodutivos. Entre esses visualizam o direito da mulher à assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto. Portanto, surgem recomendações e leis de âmbitos nacional e internacional, assim como os discursos de formuladores de políticas públicas, sanitaristas e conselhos de classes, reconhecendo a importância que tem a presença do acompanhante no parto e no pós-parto, todavia, não há uma definição clara de quem seja esse personagem. Mas, algumas pesquisas científicas comprovam que os acompanhantes auxiliam no relacionamento mãe-filho.

Profissionais de saúde defendem a assistência integral ao recém-nascido (RN), com vistas a resguardar suas necessidades afetivas, equilíbrio emocional e processo de socialização, situação tal que poderia ser concretizada através da prática do Alojamento Conjunto. Segundo Pinto et al. (1996, p. 416):

Além da permanência da mãe com o filho após o parto, o Sistema de Alojamento Conjunto deve, em si, constituir assistência mais qualificada, na medida em que proporciona mais alto nível de confiança e aprendizado Para puérperas para cuidar do recém-nascido, maior tranquilidade e confiança à mãe por estar ao lado do filho, estímulo ao aleitamento materno (AM), menos risco de infecção intra-hospitalar, aumento do número de crianças acompanhadas nos ambulatórios de puericultura, treinamento da equipe de saúde para atendimento de necessidades do binômio mãe-filho e desenvolvimento de programas educacionais.

Há uma discussão ampla no Brasil sobre o acompanhante no trabalho de parto, como fator indispensável e modificador para mudança de paradigma em busca de um atendimento humanizado para o binômio mãe-filho. O Ministério da Saúde no protocolo de assistência ao parto ressalta a necessidade da parturiente estar ao lado do acompanhante de sua escolha durante o processo de parturição. Desde a década de 90 existem no Brasil algumas evidências legais, que incentivam o acompanhamento das parturientes no parto

A garantia do direito ao acompanhante estabelecida pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, constitui que a parturiente tenha direito a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde. Onde a rede própria ou conveniada fica obrigada a permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente.

Ao analisarmos as falas dos entrevistados, por diversas vezes foi aludido essa temática afirmando-se sempre a capacidade física das estruturas hospitalares.

[...] Só que por uma questão interna de algumas ameaças de agressão física inclusive, a gente foi obrigado a suspender o acompanhante temporariamente, até a

gente conseguir novamente, pelo menos ter vigilância lá em cima que garanta a integridade do profissional do hospital (Entrevistado H).

[...] não temos como garantir no período imediatamente ao parto, nós garantimos isso no alojamento, desde que seja um acompanhante do sexo feminino (Entrevistado D).

Não. A gente não está seguindo o que está lá na lei 8080, artigo 19, naqueles complementos. No artigo 19 que tem o A, B, C que tem as três leis do acompanhante, ainda não, isso é uma discussão que a gente precisa fazer (Entrevistado E).

Esses depoimentos nos levam a questionar as lacunas da formação do gestor. Observa-se que o gestor compreende que estão nas tecnologias leve-duras a solução dos encaminhamentos e das fragilidades da assistência. Podemos então justapor às falas os achados convergentes que influenciam na composição da linha do cuidado a partir das transcrições das entrevistas com os mesmos, como: estabelecimento da regulação e fluxo da assistência; aumento da oferta de leitos; qualificação deficitária; garantia do PNAR; e a insuficiência de recursos. Na observação direta essas considerações se repetiram.

7.2.2.3 *Déficit de Técnicos*

A baixa resolutividade na rede básica é resultante do exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, numa ação que substitui a prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, em semelhança entre si e com o usuário. O ato de desempenhar a clínica através da fala e da escuta, em que o diagnóstico ganha dimensão de cuidado, foi sendo, ao longo do tempo, trocado e abandonado.

Várias falas apontaram que os gestores referem-se à carência de técnicos como uma dos motivos para algumas das dificuldades ratificadas. Esse déficit de técnicos incide na sobrecarga de trabalho dos que ocupam espaços de poder, ao tempo que os impossibilita de buscar novos conhecimentos, trazendo-os para uma prática mais eficaz. Embora, tenha sido identificado em algumas falas, uma visão crítica do processo de trabalho, o que é fundamental para que a equipe de gestão consiga organizar a assistência, a partir da definição de prioridades.

[...] muitas vezes não são nem parteiras, são técnicas de enfermagem que pela necessidade se transformaram em parteiras e fazem parto, e agente sabe que isso existe, mas, que teoricamente não pode, que tem que ter um obstetra, um pediatra,

mas, que na realidade não acontece nos municípios, na maioria dos municípios, dos nossos municípios. Então assim, não existe essa preocupação, eu acho que é necessário investir na enfermagem, investir na enfermeira obstetra, [...] isso foi uma das propostas do Hospital Regional: ser um hospital escola, eu acredito que nesses municípios se tivesse uma equipe de enfermagem capaz, enfermeiro com formação em obstetrícia [...] (Entrevistado B).

[...] se A trabalha correto, então, vamos valorizar o trabalho de A. Vamos incentivar mais, vamos favorecer capacitação, não tem. Você sabe que às vezes como é a história da capacitação, quando chega, chega sempre para as mesmas pessoas (Entrevistado H).

[...] tem médico aí com condutas que não se usam mais, então precisa ser visto isso na rede como um todo (Entrevistado H).

[...] ser uma Regional deficiente do ponto de vista de profissionais, são poucos profissionais qualificados, mas, a gente conseguiu ter um ganho do ponto de vista de avaliação, muito maior do que tinha antes, quando a gente trabalhava de uma forma isolada e fragmentada (Entrevistado A).

Mas, assim o que me chamou muito a atenção, é que ainda está muito longe do desejado, devido a baixa qualidade da assistência obstétrica no município (Entrevistado E).

7.2.2.4 *Garantia do Pré Natal de Alto Risco*

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) considera a gestação como um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes, cerca de 20% delas, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestante de alto risco” (BRASIL, 2000b; TEDESCO, 2000).

Poucas vezes as gestantes apresentam intercorrências clínicas crônicas, mas, na presença de uma, a equipe que assiste à mulher no pré-natal deve considerar as possibilidades de tanto a doença afetar a gestação como a gravidez agravar a patologia (CHAMBERLAIN, 1993). Aproximadamente 75% das gestantes brasileiras realizam pré-natal, porém quase a totalidade dos serviços públicos de saúde tem dificuldades para onde referir a mulher em trabalho de parto ou diante de uma gestação de alto risco, que necessita de cuidados mais qualificados ou mesmo de internação precoce (CIANCIARULLO, 1998).

A assistência pré-natal é de fundamental importância para a mãe e o conceito e acrescenta que a sua ausência está associada à mortalidade perinatal, cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal que rastreiam as gestações de alto

risco, sífilis, anemia, além de fazer a profilaxia da toxemia tardia da prenhez (BELFORT, 1992).

As gestações de alto risco comprometem a mãe e o conceito, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto (TEDESCO, 2000). As hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento fetal (BRASIL, 2000b). Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias são as três principais causas de morte materna no Brasil (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

Fonseca (1993, p. 43) define gestação de alto risco como “aquela gravidez durante a qual, ou depois do parto, por uma razão qualquer, a gestante, o feto, o recém-nascido ou ambos apresentam uma morbidade ou mortalidade aumentada”. Contudo, nas gestações de alto risco, toda condição considerada como de risco para a mãe, atinge também o feto, entretanto nem todo o problema fetal, como por exemplo, as malformações fetais que atingem a gestante (TEDESCO, 2000).

Diante dessa exposição, está clara a necessidade da garantia, através de um esforço de todos os sujeitos, sejam eles gestores, técnicos ou usuários de setores públicos e conveniados, para a melhoria da qualidade da atenção pré natal com ênfase nos riscos e na implantação e implementação de redes hierarquizadas de atenção a gestante de risco.

Onde a atenção pré-natal, seja ela de risco habitual ou não, e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período (BRASIL, 2006).

A atenção com propriedade e humanizada depende da cercadura dos recursos necessários, do arranjo de rotinas com procedimentos sistematizados da assistência, evitando-se ingerências desnecessárias, e da afirmação de afinidades fundamentadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com organismos constituídos de referência e contrareferência, considerando os seguintes critérios (BRASIL, 2006):

- a) vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/ hospitais, conforme definição do gestor local;

- b) garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- c) captação precoce de gestantes na comunidade;
- d) garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- e) garantia da realização dos exames complementares necessários;
- f) garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- g) garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- h) incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária.
- i) vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- j) transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- k) garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- l) atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

As falas retrataram a necessidade de implantação de uma rede de assistência de referência para o PNAR, capaz de demandar respostas aos serviços que servem de porta de entrada preferencial na rede de atenção.

Veja, na gestação de alto risco, na realidade quem faz é o estado, a gente não teria a mesma capacidade de resposta, né? A gente fez investimentos com recursos do mãe coruja, na aquisição de equipamentos e fez o que eu já lhe coloquei né, mínimas reformas na unidade e uma reforma maior em bloco. Aí a gente teve problemas de outra ordem com relação a recursos humanos agora com relação a gestação de alto risco a gente encaminha para o nível estadual (Entrevistado E).

Entrevistador: A gestão municipal ela tem ampliado as ações [...] com investimentos na rede assistencial, na gestação de alto risco, no incremento do custeio de procedimentos específicos entre outras ações? No alto risco não (Entrevistado F).

[...] então, nesse sentido eu acho que nessa fase de transição, cabe ainda, ao Hospital Regional como um serviço que tem um corpo técnico especializado, que dentro desse corpo técnico agente possa ter um olhar para o pré-natal de alto risco como referência desses municípios (Entrevistado D).

7.3 Categorias de Análise Tecnológica

OBJETO DE COMPARAÇÃO	SENTIMENTO FACE AO OBJETO					
	Influência para Capacidade Gerencial		Composição da Linha do Cuidado		Dificuldades de Implementação	
	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura
Convergente	Humanização	Estabelecer a regulação e fluxo da assistência	Humanização	Estabelecer a regulação e Fluxo da Assistência	Humanização	Déficit de pessoal técnico
		Aumento do número de leitos		Aumento do número de leitos		Garantia da referência hospitalar municipal
		Assistência; Déficit de pessoal técnico		Recursos insuficientes		Garantia de acompanhante na Unidade Hospitalar
	Acolhimento	Garantia de acompanhante na Unidade Hospitalar	Acolhimento	Garantia do PNAR	Acolhimento	Qualificação deficitária
		Garantia do PNAR		Qualificação deficitária		Composição de um GT de morte materna e neonatal
		Recursos insuficientes				Necessidade de adoção de protocolos
		Composição de um GT de morte materna e neonatal		Necessidade de adoção de protocolos		Adoção de protocolos
		Necessidade de adoção de protocolos		Investimentos em capacitação		
		Composição de um GT de morte materna e neonatal				

Quadro 4 - Categorias de Análise Tecnológica : Síntese das Entrevistas.

(continua)

OBJETO DE COMPARAÇÃO	SENTIMENTO FACE AO OBJETO					
	Influência para Capacidade Gerencial		Composição da Linha do Cuidado		Dificuldades de Implementação	
	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura
Convergente / Divergente	NR	Aumento da cobertura PACS/ESF	Sensibilização da gestão	Contratação de profissionais	Utilização de ferramentas de avaliação	Aumento da cobertura PACS/ESF
				Comprometimento da missão Institucional		Responsabilização com o serviço
				Linha do cuidado interrompida	Aumento da cobertura PACS/ESF	ESF Trabalha na lógica curativa
					Centrais de regulação não funcionam	Inexistência de fluxo de RCR
		Mudança de porte do hospital Regional		Falta de comunicação da rede hierarquizada		Dificuldade de contratação de médicos
						Falta de comunicação da rede hierarquizada
		Inexistência de fluxo de RCR		Investimentos no PNBR		Investimentos no PNBR
					Realização de concurso público	Necessidade de contratação de profissionais feristas
					Comprometimento da missão Institucional.	

Quadro 4 - Categorias de Análise Tecnológica : Síntese das Entrevistas.

(continuação)

OBJETO DE COMPARAÇÃO	SENTIMENTO FACE AO OBJETO						
	Influência para Capacidade Gerencial		Composição da Linha do Cuidado		Dificuldades de Implementação		
	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura	
Contraditório	NR	NR	NR	O município tem um comitê de morte materna implantado;	NR	PNBR possui consulta médica;	
				Utilização de ferramentas de avaliação		Não há manutenção periódica de equipamentos	
				Profissionais têm conhecimento das suas referências;		Não é a totalidade das unidades básicas de saúde que realizam o PNBR;	
Divergente	Autonomia	Assistência de baixa qualidade	Criação do Apoiador institucional para a unidade hospitalar regional	Criação de Hospitais Escola.	NR	Existência de parteiros hospitalares	
		Crescimento desordenado do modelo municipal de saúde		Obstetrícia é prioridade		Desconhecimento das referências pelos profissionais	
		Causas de traumatismos pós parto		Adoção de salários médicos diferenciados		UTI neonatal não funciona	
	Trabalho integrado	Atomização da assistência;	Necessidade de estabelecer parcerias institucionais	Garantia de insumos e medicamentos	NR	Rotatividade de profissionais	
		Demora no atendimento		Discussão de problemas em GT		Construção de uma maternidade	Garantia de resultados
		Subnotificação		Orientações		Investimentos	Autonomia financeira
		Gestores devem ser Sanitaristas	Atendimento adequado	Investimentos na atenção laboratorial		Isolamento Institucional	
		Crescimento demográfico desordenado				ESF incompletas	
		Município adota as Regiões Administrativas				Adoção do Prontuário Eletrônico	Baixa cobertura de ESF
							Transferências de gestantes
				Oferta de serviços			

Quadro 4 - Categorias de Análise Tecnológica : Síntese das Entrevistas.

(continuação)

OBJETO DE COMPARAÇÃO	SENTIMENTO FACE AO OBJETO					
	Influência para Capacidade Gerencial		Composição da Linha do Cuidado		Dificuldades de Implementação	
	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura	Leve	Leve-dura
Ajuda dos gestores		Usuários admitem a própria linha de cuidado	Apoio emocional	Profissional da AB não encaminha para o atendimento médico		Altas demandas obstétricas
		Enfermeiros não prescrevem		Melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde		Manutenção periódica de equipamentos
Insegurança		Insumos e medicamentos insuficientes				Adoção de leitos extras
						Resistência médica às mudanças de modelo
						Impunidade
						Usuários não são esclarecidos
						Garantia de exames complementares
						Má utilização dos leitos
						Atendimento inadequado
						Críticas aos encaminhamentos
						Tempo excessivo para resposta
						Polícia
						Baixa adesão ao tratamento
						Busca ativa dos faltosos

Quadro 4 - Categorias de Análise Tecnológica : Síntese das Entrevistas.

(conclusão)

Fonte: Elaborado pela Autora

Legenda:

Convergente: Citado de 4 a 8 vezes pelas pessoas entrevistadas;

Convergente/Divergente: Citado de 2 a 3 vezes pelas pessoas entrevistadas;

Contraditório: Falas contrárias às demais;

Divergente: Citado 1 vez pelas pessoas entrevistadas.

O problema de influência mútua entre os diversos sujeitos da gestão dos serviços bloqueia o fluxo de informações e evidencia compartimentos no processo de trabalho, de forma descoordenada, confirmando que o conjugado dos diferentes sujeitos, atua diariamente dentro de suas coerências particulares de seu autogoverno, sem serem questionados por que de seu modo de atuar. Refletindo-se sobre a qualidade da gestão da rede de serviços, o que gera lacunas, expondo a riscos os usuários do sistema.

Merhy (1997, p. 116) ressalta como se constitui o cotidiano institucional,

O cotidiano institucional se expressa como uma dobra, na qual, de um lado, há um cenário do mundo das significações atravessados e não necessariamente compartilhados pelo conjunto dos agentes em situação institucional e, do outro lado, e talvez pelo cenário pouco estruturado dos atravessamentos, dos distintos mundos das significações, opera um mundo distinto, o dos sentidos e sem sentidos, o que se mostra através de falhas ocorridas no anterior.

Entendemos que o dia-a-dia não é um lugar coeso de desempenho das identificações e papéis nem um lugar discordante, mas a coincidência desses mundos, que se relacionam entre si todo o tempo produzindo essas “falhas”, “estranhamentos” ou como aqui denominamos “ruídos”. Quando nos dispomos a mergulhar em um estudo dessa rotina institucional, caracterizado por esses ruídos é possível dizer que a rede de saúde se manifesta como um campo de diferenças, onde são lançados numerosos dados e subsídios, que se constituem como ferramentas de análise para agir no interior dos processos organizados, publicizando e tornando partilháveis aos próprios operantes a discussão em torno de uma convenção pública com a responsabilidade com a vida.

7.4 Apresentação do Fluxograma Analisador da Assistência

O fluxograma analisador apresentado a seguir mostra-se como uma das tecnologias de gestão do trabalho, que permite identificar ruídos e quebras ocorridos nos processos de trabalho, propiciando avaliações da assistência desenvolvida nos serviços de saúde.

Após a exposição da dinâmica a ser adotada para o desenvolvimento da pesquisa, a pesquisadora identificou um caso para a realização da análise. Dentre tantos, elegeu-se o caso de uma gestante de 24 (vinte e quatro) anos, com diagnóstico de pré-eclampsia, acompanhada pelo serviço de pré-natal de baixo risco de uma unidade básica de saúde, modelo PACS, de um município do estado de Pernambuco. Esta escolha foi orientada pela complexidade e

evolução do caso, o que possibilitaria uma visão mais ampla dos processos no interior de um serviço hospitalar de referência obstétrica e suas interfaces com suas demandas.

Como a assistência obstétrica desenvolve-se em etapas sequenciais ou concomitantes, repetidas diversas vezes em um sucinto espaço de tempo, alguns processos podem ser excluídos durante a constituição gráfica do fluxograma, com o desígnio de promover o entrosamento e comportar uma visão mais ampla sobre o processo do cuidado.

Entretanto, ao longo do relato do caso analisado, as etapas da assistência foram descritas, possibilitando uma apreensão mais detalhada das especificidades da assistência obstétrica.

A partir de informações obtidas através do prontuário, da entrevista com a enfermeira prenatalista e com o caso traçador, o fluxograma a seguir foi montado, dando ênfase às fases da assistência:

O Fluxograma representa à recepção ao usuário no primeiro contato com a porta de entrada preferencial do sistema municipal.

Observou-se que na escolha pela porta de entrada o usuário não reconhece a sua referência, visto que não era efetivo o trabalho do ACS da área adscrita ao programa de agentes comunitários de saúde. A tecnologia leve, ou seja, de relação, é secundarizada ao trabalho edificado, acarretando numa relação impessoal e autonomizada, sem vínculos, condicionada por dificuldades, como a grande demanda, a pouca possibilidade de oferta e o reconhecimento insuficiente caracterizado pela não garantia da referência.

Em cada estado do país existe um Sistema Hospitalar de Referência a Gestante de Alto Risco. Os sistemas estaduais devem contar com serviços de referência secundária e terciária, buscando hierarquizar os níveis de complexidade no atendimento a gestante de alto risco. Esses sistemas foram estruturados em duas ações orçamentárias, uma denominada: “Implantação e ampliação de unidades de urgência e emergência e de gestantes de alto risco” e a outra, “Modernização e adequação de unidades de urgência e emergência e de gestante de alto risco”. Ambas inseridas no Programa Qualidade e Eficiência do SUS, e contempladas no Plano Plurianual de 2000-2003, com o propósito de ampliar o espectro de ação, com ênfase na promoção e na prevenção da qualidade de vida da população.

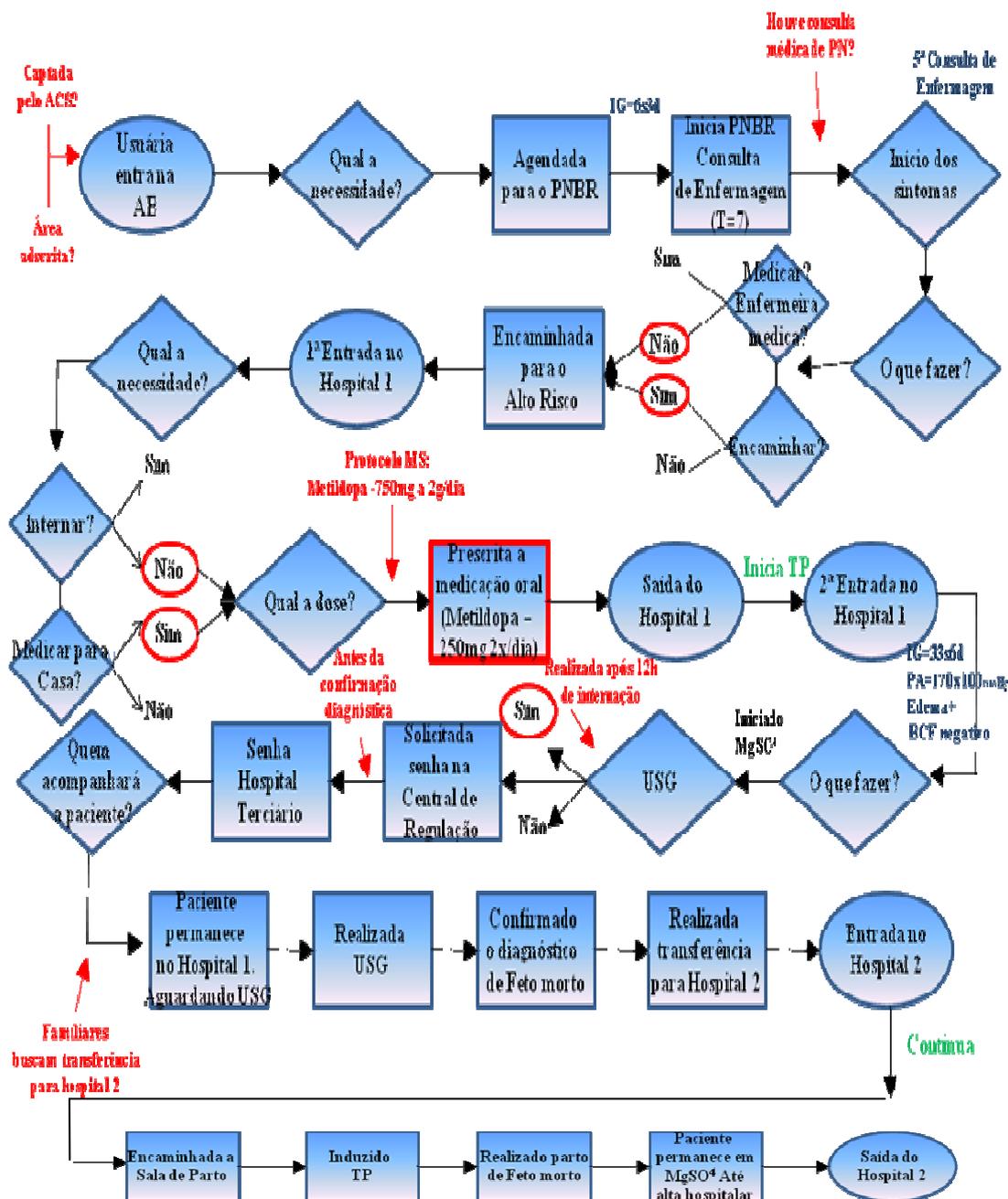


Figura 5 - o fluxograma analisador do caso.

Fonte: Elaborado pela Autora

Legenda:

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AB – Atenção Básica

T – Total

PN- Pré Natal

BCF – Batimento Cardio Fetal

IG – Idade Gestacional

PA – Pressão arterial

USG – Ultrassonografia

TP – Trabalho de Parto

7.4.1 O Caso da Puérpera

Paciente Entra na Rede de Saúde: Treze de outubro de 2009, D.F.C, 24 anos, procura uma unidade básica de saúde para consulta pré-natal, é atendida pela profissional de enfermagem prenatalista que responde pela responsabilidade de uma equipe de agentes comunitários de saúde, na periferia de um município do Estado de Pernambuco. Na anamnese realizada durante a consulta ela nega antecedentes familiares, referindo apenas gemelaridade em primos, nega também antecedentes pessoais de infecção urinária, infertilidade, diabetes, hipertensão crônica, cirurgias pélvicas, gestações anteriores e também abortamentos. Refere que tinha 49 quilos, e apresenta estatura de 1,56 metros. Não há registros sobre as condições de exames clínicos, das mamas, pélvis, cérvix, hábitos diários de tabagismo, etilismo, atividade física, nem sobre antecedentes de exames de Papanicolau, Colposcopia e VDRL. Apresenta amenorréia há mais ou menos dois meses, e não refere queixas.

1ª Consulta de Pré-Natal: (13/10/09) Pressão arterial de 120X80 mmHg, Peso 58,5 quilos, Idade gestacional de 6 semanas e 3 dias (DUM). Solicitado exames de rotina. Não há registro de outras condutas e/ou orientações.

2ª Consulta de Pré-Natal: (09/11/09) Pressão arterial de 120X60 mmHg, Peso 59,8 quilos, Idade gestacional de 15 semanas e 6 dias (USG), AFU e BCF sem registro. Entregue resultados de exames de rotina realizados em 03/11/09: Hb/Ht: 12,2/37,0; Glicemia de jejum: 71mg/dl; VDRL: Não reator; Sumário de Urina: Não realizado; Anti-HIV: Não realizado; ABO-RH: GS/B, FRh/Positivo; USG: 15semanas /Placenta Grau zero/ Líquido amniótico normal. Não há registro de outras condutas e/ou orientações.

3ª Consulta de Pré Natal: (14/12/09) Pressão arterial de 120X60 mmHg, Peso 63,5 quilos, Idade gestacional de 20 semanas e 6 dias, AFU e BCF sem registro. Entregue resultados de exames de Sumário de Urina: Normal; Anti-HIV: Sorologia negativa; Citologia oncótica: Inflamatória, com microbiologia sugestiva de Gardnerella/mobiluncus. Prescrito Sulfato ferroso 01 comprimido ao dia antes do almoço.

4ª Consulta de Pré Natal: (14/02/10) Pressão arterial de 120X75 mmHg, Peso 69,5 quilos, Idade gestacional de 29 semanas, AFU e BCF sem registro. Não há registro de outras condutas e/ou orientações.

5ª Consulta de Pré Natal: (05/03/10) Pressão arterial de 130X80 mmHg, Peso 71,0 quilos, Idade gestacional de 32 semanas e 1 dia (USG), AFU: 30 cm; BCF: Presente no QID. Entregue resultados de exames de rotina realizados em 03/03/10: Hb/Ht: 11,7/36,0; VDRL:

Não reator; Sumário de Urina: Positivo/400 piócitos por campo; USG: Gestação única tópica de 28 semanas e 5 dias /Feto adequado para IG/ Placenta Grau zero/ Líquido amniótico de volume normal/ Peso fetal provável: 1.245 grs.. Não há registro de outras condutas e/ou orientações, mas, a paciente refere a prescrição de Nitrofurantoína de 100mg de 6/6h por 10 dias, e ter sido encaminhada ao hospital municipal para avaliação dos níveis tensóricos.

6ª Consulta de Pré Natal: (22/03/10) Paciente retorna relatando ter sido atendida no hospital municipal, onde foi prescrito 01 comprimido de metildopa de 250 mg uma vez ao dia e retorno para ESF para acompanhamento. Apresenta Pressão arterial de 130X90 mmHg, Peso 74 quilos, Idade gestacional de 34 semanas e 4 dias, AFU: 28 cm; BCF: Presente no QIE. Não há registro de outras condutas e/ou orientações, mas a paciente refere ter sido orientada a retornar para controle da pressão arterial.

7ª Consulta de Pré Natal: (26/03/10) Paciente retorna para controle da pressão arterial, que no momento apresenta-se em 150X90 mmHg, Peso 73,5 quilos, Idade gestacional de 35 semanas e 1 dia, AFU: 30 cm; BCF: Presente com 140 bpm. Não há registro de outras condutas e/ou orientações.

Entrada no Hospital Municipal: (07/04/2010, às 23h35m) D.F.C, dá entrada nesse serviço referindo dor no baixo ventre, em uso de metildopa há 16 dias. Ao exame estado geral bom, pressão arterial de 170X110, sem sinais de perdas hemorrágicas, vômitos e transtornos visuais, apresentando edema, com tono fisiológico, e dilatação uterina de uma polpa digital, bolsa das águas íntegra. Admitida com hipótese diagnóstica de: Gestação única tópica prétermo, associado á pré eclampsia e feto morto interrogado, quando foi solicitado ultrassonografia obstétrica de urgência.

Encaminhamento Médico: Sem menção de data e horário: D.F.C, 24 anos, GI/ P0/ A0, idade gestacional de 33 semanas e 2 dias, evolui com dor no baixo ventre. Ausculta cardio fetal interrogada. Em uso de metildopa 2 vezes ao dia. Pressão arterial de 170 X 110 mmHg. Hipótese diagnóstica de gestação única tópica pré termo, associada a pré eclampsia e feto morto interrogado. Encaminhado ao hospital terciário na capital, com autorização da Central de Regulação de leitos, sob a senha nº 3385138.

Evolução 1: Gestante admitida nesta unidade hospitalar, para submeter-se a tratamento especializado. Paciente deu entrada com PA= 170X110 mmHg. Assina um técnico de enfermagem.

Evolução 2: (Primeira prescrição médica (única) /Após 4h da admissão às 02h30m dia 08/04) Manter paciente em dieta zero, com hidratação com 100ml de soro glicosado a 5%, acrescido de 6g de sulfato de magnésio, deixar correr em trinta minutos. Logo após instalar mais uma

fase de 500 ml de soro glicosado a 5%, com 6g de sulfato de magnésio, mantendo gotejamento de 28 gotas por minuto. Deixar uma ampola de Gluconato de cálcio 10% à cabeceira. Passar sonda vesical de demora, monitorar sinais vitais, estabelecer cuidados gerais. Fazer 1ml de Hidralazina diluído com 9ml de água destilada e fazer 2,5ml endo venoso se a pressão arterial apresentar níveis acima de 160 mmHg.

Evolução 3: (08/04 às 8h / Segunda evolução da enfermagem) Gestante primigesta, hipertensa em uso de metildopa 250mg duas vezes ao dia, desde a trigésima segunda semana de gestação, apresentou hipertensão nas três últimas consultas: datas → 05/03: PA: 130X80; 22/03: PA: 130X90; 26/03: PA: 150X90 mmHg. Encontra-se na recuperação pós-anestésica do centro cirúrgico, aonde passou a noite. Aguarda realizar ultrassonografia obstétrica. Assina um enfermeiro obstetra.

Evolução 4: (08/04 às 8h30m / Terceira evolução da enfermagem) PA: 130X90 mmHg. Recebo resultados de exames laboratoriais colhidos a noite. Hemograma completo, transaminase oxalacética, TGP, Uréia, Creatinina, Ácido Úrico, Bilirrubinas totais e frações. Assina um enfermeiro obstetra.

Evolução 5: (08/04 às 10h / Quarta evolução da enfermagem) após a solicitação de urgência realizado ultrassonografia obstétrica com conclusão diagnóstica de Gestação única com biometria fetal de cerca de 29/30 semanas, sem vitalidade fetal. Assina um enfermeiro obstetra.

Evolução 6: (08/04 às 10h30m / Quinta evolução da enfermagem) Instalado segunda fase de sulfato de magnésio a 50%. Encaminhada para o Hospital Regional, acompanhada pelo médico e pelo técnico de enfermagem juntamente com a genitora da gestante. Entregue cartão pré-natal e encaminhamento. Assina um enfermeiro obstetra.

Entrada no Hospital Regional: (08/04/2010, às 11h) D.F.C, 24 anos, GI/P0/A0, morena, residente em um bairro da periferia da cidade, foi admitida no hospital regional de referência encaminhada do hospital municipal onde realizou exame de USG obstétrica com diagnóstico de feto morto. Chega ao serviço na 2ª fase de sulfato de magnésio. Data da última menstruação (DUM) em 13 de agosto de 2009, data provável de parto (DPP) para 20 de maio de 2010, com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias (1ª USG) 38 semanas pela segunda ultrassonografia e 34 semanas pela data da última menstruação. Procedente de sua residência procura o serviço por apresentar sinais de trabalho de parto. Acrescente-se ao quadro, pressão arterial de 160x100 mmHg, nega perdas sanguíneas, antecedentes pessoais de eclampsia, vômitos e transtornos visuais, refere gemelaridade em antecedentes familiares e dor em baixo ventre. Ao exame apresenta edema de +++/4+, útero de forma ovóide, AFU de 29 cm, tons

normal, dilatação do colo para 2 cm, situação longitudinal, ausculta negativa, grau de insinuação no primeiro plano, bolsa das águas íntegra, com hipótese diagnóstica de feto morto, associado a um quadro de pré-eclampsia.

Evolução 1: (08/04/2010 às 11h) Paciente chega ao serviço procedente do hospital municipal, onde realizou ultrassonografia obstétrica com diagnóstico de feto morto. Vem na segunda fase de sulfato de magnésio e refere dor em BV. Orientada, eupnéica, afebril. Altura de fundo de útero de 29 cm, batimentos cardio fetais negativos, dinâmica uterina de 2- 1/35', colo apagado 50%, 2 cm. Conduta: Solicito exames de rotina + HIV. Manter suporte. Prescrito Dieta zero, sulfato de magnésio á 50% diluída em 500 ml de soro glicosado á 5%, Gluconato de cálcio 1 ampola à cabeceira, Hidralazina 1 ampola fazer 2,5 ml se a pressão arterial apresentar alterações acima 110 mmHg, soro glicosado á 5% 500 ml com 1 ampola de Ocitocina endovenosa para correr 10g por minuto, vigilância, acompanhar sinais vitais.

Evolução 2: (08/04/2010 às 13h) Parturiente no pré-parto com idade gestacional de 33semanas. Paridade G: I, P: 0 A: 0. Hipótese diagnóstica, gestação única tópica pré termo, com início de trabalho de parto, apresentando feto morto e quadro de pré-eclâmpsia. Gestante nega cefaléia, com queixa de escotomas, epigastralgia, sangramento vaginal moderado. Ao exame apresenta estado geral regular, consciente, orientada, colaborativa, normocorada, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica. Movimentos respiratórios de 20 respirações por minuto. Ausculta cardíaca em 2T sem sopro, normocárdica frequência cardíaca de 84 batimentos por minuto, pressão arterial de 150x100 mmHg. Mamas flácidas, mamilo plano, colostro presente á expressão, abdome gravídico, tono fisiológico, feto em situação longitudinal, apresentação cefálica. Batimentos cardio fetais negativos. Dinâmica uterina 2/20' e 4/25'. Insinuação em primeiro plano. Com acesso venoso periférico em membro superior, em uso de bomba de infusão contínua na segunda fase de sulfato de magnésio, em uso de sonda vesical de demora apresentando diurese amarelo citrino, com edema em membros inferiores (++/4+). Ao toque apresenta colo dilatado para 2cm, 60% apagado, bolsa das águas íntegra. Assina uma acadêmica de enfermagem.

Intervenção Obstétrica: (08 de Abril às 18h30m) Diagnóstico para procedimento: Gestação única tópica, com óbito fetal intra-útero, Pré eclampsia grave e Retenção placentária. Cirurgia realizada: Parto normal, com Curetagem, sem intercorrências. Assina médico plantonista.

Evolução 3: (08/04/2010 às 19h05m) Paciente deu a luz a um feto morto, apresentou retenção placentária. Realizado curetagem uterina com retirada de grande quantidade de material. Sem intercorrências. Manter conduta necessária à pré-eclâmpsia mantendo dieta zero até segunda ordem, 500 ml de soro glicosado a 5% com uma ampola de sulfato de magnésio a 5%, manter

Gluconato de cálcio á cabeceira, observar sangramento, aferir pressão arterial de 10 em 10 minutos, Captopril 25mg fazer 1 comprimido se a pressão arterial diastólica apresentar-se maior ou igual a 110 mmHg, assegurar cuidados de rotina e anotar diurese. Assina médico plantonista.

Evolução 4: (09/04/2010) Paciente em estado geral estável após parto normal, sem queixas, afebril, pressão arterial 110x60mmHg, abdome apresenta útero contraído indolor á palpação, diurese presente, manter dieta zero. Manter dieta hipossódica, dipirona 40gotas via oral de 6/6h, diclofenaco supositório via retal de 8/8h, Captopril 25mg 1comp sublingual se a pressão arterial sistólica apresentar-se maior ou igual a 180 mmHg e a pressão arterial diastólica estiver maior ou igual a 110mmHg, aferir pressão arterial de 6/6h. Assina médico evolucionista.

Evolução 5: (10/04/2010) Paciente sem queixas, lóquios fisiológicos presentes, útero contraído, pressão arterial de 100x70 mmHg. Assina médico evolucionista.

Resultados de Exames Laboratoriais: Grupo Sanguíneo: B (+), VDRL: negativo; Uréia: 12,9; Creatinina: 0,595; TGO/AST: 12,3; TGP/ALT: 11,5; Bilirrubina Total: 0,268; Bilirrubina Direta: 0,125; Bilirrubina Indireta: 0,1; Hemácias: 430.000; Hb:13,5; Ht: 39,73; VCM: 92,3; HCM: 31,94; CHCM: 34,05; Leucócitos: 12.000; Bastões: 2 (240m³); Seg.: 81% (9721m³); Linfócitos Típicos – 13% (1560m³); Monócitos: 4% (480m³); Plaquetas: 150.000.

Alta Hospitalar: 10/04/2010, às 18:30h.

Anotações Complementares: Declaração de Óbito nº: 14276615-1; Data do Óbito: 08/04/2010 às 18:30; Causa da Morte: Hipóxia Intra-útero; Deficiência Placentária; Pré-eclampsia Grave.

7.4.2 Análise dos Ruídos

Ruído 1 (R1): Se a gestante era de área adscrita ao PACS porque não foi realizado agendamento pelo Agente Comunitário de Saúde para a consulta de pré natal? Quais redes de proteção sociais eram imprescindíveis? Qual a tecnologia que prevalece no cuidado? Qual a culpabilidade da equipe de saúde quando há registro de exame caracterizado e gestante confirma que não realizou exame por falta de agendamento? Existe troca de informações

estabelecidas entre o profissional enfermeiro da equipe de saúde e o ACS, sobre a gestante sob acompanhamento?

Durante os quatro primeiros meses a gestante é acompanhada pelo PNBR sem ser encaminhada para consulta médica.

Ruído 2 (R2): Porque o profissional enfermeiro que realizou os atendimentos não deixou registros de situação clínico ginecológica completos no cartão da gestante? Porque conforme preconiza o manual de normas e rotinas do MS, esse mesmo profissional não encaminhou a gestante quando dos resultados de exames, para consulta médica?

Em 05/03/2010, gestante com 32 semanas e 1 dia, consulta de pré natal, sumário de urina com 400 piócitos. Não há como identificar prescrição de medicação pelo prontuário. Só é possível saber se a gestante foi medicada através dos seus próprios relatos. Devido a alterações dos níveis tensóricos foi encaminhada ao hospital municipal para avaliação médica.

Ruído 3 (R3): Os registros do prontuário não se estabelecem como um órgão de avaliação de atributo do pré natal? Porque não há registros acabados no prontuário? Porque não há registro do encaminhamento feito para o hospital municipal?

Em 22/03/2010, gestante retorna para consulta de pré natal, com queixas de cefaléia intermitente, e aumento relativo dos níveis tensóricos. Em uso de 250 mg de metildopa.

Ruído 4 (R4): A gestante é assídua, demonstrando com isso preocupação com a sua saúde e a de seu bebê. Qual a responsabilização do profissional de saúde frente a falta de informação sobre o aumento não desejado da pressão arterial? A gestante foi orientada com relação a algumas condutas que deveria adotar a partir do quadro de hipertensão instaurado? Foi visto pela enfermagem o descumprimento do protocolo ministerial em relação a prescrição realizada pelo profissional da rede hospitalar? Porque a gestão municipal não normatiza institucionalmente a prescrição de enfermagem na rotina dos programas?

Em 07/04/2010, a gestante entra em trabalho de parto e é levada por familiares ao hospital municipal de referência obstétrica. Ainda na triagem o plantão médico solicita senha na Central de Regulação de Leitos e recebe senha para ser encaminhada para um hospital terciário na capital. Solicitado ultrassonografia obstétrica de urgência.

Ruído 5 (R5): Porque não foi disponibilizado o exame de ultrassonografia obstétrica no momento da entrada da gestante no serviço hospitalar? Porque a gestante não foi informada sobre o que tinha acontecido com o seu bebê? Quais as possibilidades de suporte e apoio emocional que o serviço poderia oferecer neste período de fragilidade para uma gestante que se encontrava com feto morto? Que suporte de apoio poderia ser concedido a

familiares que acompanhavam todo o processo junto á gestante? Porque a gestante não foi encaminhada para a unidade hospitalar terciária, visto que a senha para essa referência já estava garantida?

Em 08/04/2010, diante da demora de resposta, familiares da gestante procuram através de uma pessoa conhecida (funcionário público que trabalha na referência regional), leito hospitalar na unidade de referência regional. Após confirmação da disponibilidade do leito, familiares retornam para buscar a parturiente.

Ruído 6 (R6): Quais as tecnologias que envolvem a realização de um parto? Porque familiares precisam criar a própria linha do cuidado? Porque a integralidade da assistência não é garantida? Porque para ter acesso aos serviços de saúde precisamos nos valer de “influências internas” a esses serviços?

Às 10h30m gestante é transferida para unidade hospitalar de referência regional acompanhada do obstetra de plantão e de um técnico de enfermagem, juntamente aos familiares.

Ruído 7 (R7): Porque só foi garantida a transferência da gestante para um hospital na mesma cidade? Será que a unidade hospitalar municipal não respeita o princípio ético da negligência, quando recusa-se a acompanhar um paciente com indicação de transferência?

8 CONCLUSÃO

No estudo observa-se que o processo de trabalho é dinâmico e complexo, não produzindo riqueza. Porém, o que é produzido apresenta alto valor de uso, em especial para os sujeitos cuidados, muitas vezes, fragilizados pelo sofrimento e desrespeito com o qual são tratados, enfrentando a falta de respostas da rede de saúde.

Nessa região de saúde as organizações de poder ainda não detêm uma natureza essencialmente multidisciplinar, isto é, a conjugação do trabalho de vários profissionais, não está instituída. O que se observa, são mecanismos organizados de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais que ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado que deve ocorrer de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente não é resultante de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e contratada, entre os cuidadores que circulam e determinam a vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõem o cuidado em saúde observado. Onde esperava-se que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resultasse em boa medida da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores na rede de serviços.

No contexto o debate em torno da organização da assistência à saúde ocupa-se, principalmente, da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital na história da formação do modelo assistencial, nesse momento, o que se percebe é que a atenção básica municipal tenta assumir o papel contra hegemônico. Entre estes dois pólos, está a atenção secundária que não tem tido o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado, centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem, no entanto avançar para imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos.

Além da necessidade já estabelecida do aumento do número de leitos, deve-se considerar a necessidade de uma melhor distribuição dos serviços no município. Tal medida teria como objetivo facilitar o acesso aos serviços tanto para pacientes de alto quanto de risco habitual, aumentando a oferta.

Em relação à utilização dos serviços do Hospital Regional com casos de risco habitual, deve-se considerar a importância de políticas de saúde em nível municipal/regional, visando à regulação do uso desses serviços.

Deve-se também considerar a necessidade de uma integração entre os serviços de assistência pré-natal e parto. Onde é fundamental uma melhor hierarquização da rede, de forma que os centros de atenção primária tenham bem estabelecidos os serviços de pré-natal de alto risco e serviços hospitalares de baixo e alto risco para onde possam referenciar suas gestantes. Em contrapartida, o pré-natal de alto risco e o hospital regional necessita ter estabelecida a rede de serviços e as unidades hospitalares de baixo risco para onde possam encaminhar o risco habitual que recebem por demanda espontânea, diminuindo assim as taxas de "hiperutilização" de seus serviços. Finalmente, as maternidades de baixo risco da região de saúde necessitariam estar integradas com o hospital regional para que pudessem encaminhar as gestantes de risco que triassem. É fundamental ressaltar que maternidades de referência para o parto habitual não podem funcionar adequadamente sem o apoio de um centro de referência para onde possam ser transferidas as pacientes de risco. A colaboração entre esses dois níveis de atendimento, por meio de um sistema de referência e contra-referência eficaz, pode fortalecer ambas as partes, resultando em benefícios para as usuárias.

Entretanto, ainda que exista um sistema de referência e contra-referência estabelecido, é fundamental a implementação de um sistema de comunicação entre as unidades básicas de saúde e suas referências secundárias e terciárias. Um sistema de regulação efetivo evitaria a adoção de uma linha de cuidado própria pelas usuárias, diminuindo os riscos desnecessários. Finalmente, melhorias no acolhimento às parturientes, com uma diminuição dos riscos potenciais, proporcionariam, além disso, uma redução das desigualdades existentes, considerando-se que o acolhimento sempre faz parte do cuidado obstétrico e neonatal.

Neste estudo de caso da rede de atenção obstétrica, o que se vê é um trabalho centrado nas tecnologias leve duras, distanciado dos princípios e diretrizes do SUS. Gestores e profissionais não configuram uma equipe de saúde, a limitada ou ausente avaliação qualitativa do trabalho em saúde colocam em segundo plano o trabalho vivo em ato, fundamentalmente humanizado.

Neste contexto percebe-se, ainda, que as academias não graduam profissionais com domínio e interesse pelas tecnologias leves. Vínculo, acolhimento, autonomização, resolutividade, apresentam-se no caso da puérpera estudada, muito remotos.

A dureza das tecnologias demonstra bem a necessidade de envolver a gestão e a assistência em um processo contínuo, que demande a precisão de aprender a aprender,

aprender todos os dias, abrir-se. Carecemos de eliminar o descaso, a negação diária dos direitos de cidadania que é de todos.

Não se pretende aqui deixar de evidenciar que no relato da usuária acompanhada ela reconhece a diferença entre a assistência que recebeu em cada ambiente, ressaltando o acompanhamento pré natal até o momento de ter acesso a suas necessidades de referência. As falas da usuária reforçam nosso propósito de que este estudo não tem a intenção de apontar culpados, mas, de discutir o quanto esse processo de construção é longo e difícil.

Portanto, esse estudo possibilita conhecer no âmbito da micropolítica de uma rede de atenção á saúde, as produções de cuidados e conflitos que emergem a partir do cotidiano de trabalho.

Constata-se cientificamente que a análise do processo de trabalho se configura em um caminho imprescindível para a reavaliação da gestão e da assistência dentro da rede de atenção, observando a micropolítica do trabalho vivo, como uma arena das tecnologias leves.

Percebe-se abertamente que tanto os que produzem quanto os que consomem, são passíveis de necessidades e empreendem energias nesse espaço produtivo, repleto de intencionalidades, anseios e indigências. Analisa-se reciprocamente a rede de serviços e ações e percebe-se que as necessidades de usuários e trabalhadores de saúde, embora se apresentem caracterizadas são as necessidades de todos os sujeitos. A necessidade de saúde, de condições sociais, de ser um ser individualizado tratado nas suas diferenças, de ter acesso as tecnologias em saúde, necessidade de autonomia e de autocuidado na escolha do modo de conduzir a vida

A análise da rede de atenção obstétrica dessa região de saúde permite identificar os “ruídos” ou “dificuldades” do processo como possibilidade de intervenção para melhoria da assistência e da gestão. O estudo evidencia com clareza que o relacionamento da equipe de saúde, no âmbito da assistência e da gestão, não demonstra articulação, acarretando na desarmonia da atenção nas ações específicas de cada profissional, com ações curativas, procedimentais e de gestão do cuidado.

A dificuldade de interação entre os modelos regional e municipal resulta em bloqueio no fluxo de informações, de comandos, de prioridades, ressaltando pedaços no processo de trabalho. Desta forma, considera-se que desenhar fluxogramas nos espaços institucionais configura-se em uma ferramenta que permite analisar dentro e fora o processo de trabalho, possibilitando a abertura de novos caminhos para o processo de gestão do cuidado. Destaca-se como forças instituídas no processo de trabalho a falta de conversa entre a gestão, o que acarreta prejuízos para os profissionais da assistência na análise da situação de saúde de seus pacientes, refletindo-se sobre a qualidade da gestão do cuidado e pelo trabalho infracto e

descoordenado, gerando vazios que acabam por expor a vida dos usuários, a partir de fatores causais meramente preveníveis.

As ações relativas à atenção pré natal apresentaram-se isoladas dentro do contexto da unidade de saúde, sem o devido apoio da rede assistencial.

A visita domiciliar, importante ferramenta da rede de atenção, não foi constituída, cabendo a necessidade de chamar esses atores a responsabilização devida com a atenção à saúde. E evidencia o que foi corroborado pela gestão em suas falas: a necessidade de investimentos na rede de atenção primária com vistas à ampliação da cobertura de saúde da família, capacitação técnica e composição de equipes.

O resgate do planejamento estratégico situacional preconiza definir as ações a partir das necessidades. O que se percebe atualmente é a perda desse espaço para as medidas curativas, voltadas às características da hegemonia dos profissionais, adotando procedimentos. Ficando evidenciado o quanto os processos constituídos nas ideologias dos trabalhadores e gestores representam as forças na micropolítica do trabalho, de maneira a disputar entre si.

As transformações desse modelo de rede desconsideram as singularidades dos sujeitos, o que bloqueia uma construção recíproca com revides de experiências, que possibilitem um cuidado humanizado, para a construção de uma linha de cuidado que atenda às necessidades do cidadão. Desta forma, se vê estabelecida a tecnologia das relações, no campo das tecnologias leves, ocorrendo em toda relação entre o gestor, o trabalhador e o usuário, um processo de escutas e responsabilizações intercessoras.

A conjuntura legítima frente ao ideário da rede de atenção obstétrica regional aponta um modelo em construção, que reflete através de seus atores alguns desvios a partir da essência de rede de atenção, observado através de uma nítida inquietação. Ficou muito evidente a dificuldade na mudança da lógica de rede, talvez porque o seu próprio desenho seja centrado no território onde o modelo regional é visto como modelo municipal. Os gestores em suas falas deixaram isso muito explícito, o hospital regional de referência obstétrica acaba assumindo um perfil municipal a partir da demanda que trabalha em uma lógica invertida, onde a comunidade é que procura ocupar os espaços com as suas necessidades. Isso é um trabalho a construir, a partir do estabelecimento de parcerias conscientizadoras junto ao usuário e a partir da oferta.

Esse estudo não tem a ambição de trazer as respostas para as incoerências existentes no processo de trabalho no contexto da rede de atenção obstétrica, mas, trazer à reflexão, a importância de olhar o interior do processo de trabalho na rede de serviços.

Como a arte do conhecimento é infinda, diz-se apenas que a análise deste estudo atingiu os objetivos propostos. Ou seja, analisando esse momento a partir de uma reflexão de Merhy (2007, p. 114-116) a cerca do mito da esfinge: “Decifra-me ou te devoro”, busca se caracterizar a realidade observada.

Conta a mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge fixou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: "Qual é o animal que anda com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?" Édipo respondeu: "O homem, que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apóia em um bastão na velhice". Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta.

Isso acontece com a gestão de serviços de saúde, sabe-se que as dificuldades do modelo assistencial, estão no processo de trabalho. Contudo, não é decifrado, e como no caso da esfinge, acaba-se por ser devorado por adotar a implacável dinâmica do trabalho centrado nas tecnologias duras. E por não saber - inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba-se operando com foco na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

8.1 Recomendações

A arte de mapear o atendimento de uma usuária com a ferramenta do fluxograma analisador chama a necessidade de uma gestão nos processos de trabalho dentro da gestão dos serviços, pois esse desenho permite a apresentação das falhas de modo que possa haver uma autoavaliação e um delinear de metas para novas formas de agir e de conduzir a saúde.

Dessa forma, entendemos que a atuação do gestor se faz essencial no processo, por ser este um momento de enfrentamento das desigualdades que o modelo de gestão apresenta, sendo urgente a mudança no perfil de trabalho desses sujeitos nessa região de saúde do estado. Não estamos aqui dizendo que o mesmo acontece em outras modalidades da gestão e dos serviços, mas sabemos que de um modo geral, ocorrem dificuldades de acesso pelos usuários da rede.

Os distintos “ruídos” que emergiram desse estudo sugerem a adoção de ações que apontem transformar a diligência do trabalho da rede regional de atenção obstétrica, quais sejam:

- **Divulgação dos Fluxos Assistenciais Dentro da Rede de Serviços**

Os fluxos preestabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde têm o objetivo de ordenar a referência para as unidades primárias da assistência. O desconhecimento desses fluxos pelos profissionais, cria nos usuários a tão percorrida odisséia pelos serviços de saúde. Desta forma cabe a gestão o planejamento e divulgação, de maneira que as equipes saibam executar tais fluxos, garantindo a integralidade das ações nos serviços.

- **Valorização do Registro**

O resgate do prontuário, enfatizando entre os profissionais a importância de um registro tanto para a qualidade na assistência prestada ao usuário, como para proteção para o profissional por garantir a comprovação da qualidade da assistência por ele prestada. Investimentos na instauração de uma equipe formada por trabalhadores e pela academia dentro da rede de serviços, com o objetivo de discussão de casos, com revisão de prontuários, que permitam discutir em equipe tanto casos, como as falhas do atendimento e registro a serem retificadas.

- **Rotina no Transporte de Pacientes Estabelecida Através da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**

Estabelecer no Âmbito regional/municipal a garantia do transporte para gestantes em situação de risco, hospitalizadas ou não, respeitando o direito ao acesso, a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Utilizar a regulação regional das urgências e emergências – SAMU Regional, como garantia para sua efetivação.

- **Instituir a Prescrição de Enfermagem**

O Gestor de saúde municipal no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei Orgânica municipal, considerar o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, autorizando os profissionais enfermeiros a prescrição e a transcrição de medicamentos, a solicitação de exames de rotina e complementares no âmbito da atenção primária, em conformidade com as normas dos programas de saúde pública e com as rotinas adotadas pela própria Secretaria. Desde que tenham sido devidamente capacitados para este fim.

Este mecanismo é uma oportunidade de explorar as potencialidades do profissional capacitado como um processo de valorização de profissionais que desenvolvem a sua ação com qualidade, pelo reconhecimento do mesmo como dirigentes dentro da unidade. De forma a gerar uma competitividade produtiva, por permitir que outros profissionais busquem melhor assistir sua clientela, para assim receberem o reconhecimento devido.

- **Valorização das Tecnologias Leves**

O resgate do vínculo, acolhimento, coresponsabilização, autonomização, como julgamentos apenas teóricos, mas que devem estar imbuídos, na prática dos profissionais de saúde é essencial no processo do cuidar. Para isso recomendamos a idéia de grupos de discussão, com leitura de textos, artigos e livros que tragam a mente a temática.

REFERÊNCIAS

ANAKA, A. C.; RIBAS, D. L. B.; ZORZATTO, J. R. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da Região Centro Oeste do Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 358-365, ago. 1999.

AQUINO, T. A.; SARINHO, S. W.; GUIMARÃES, M. J. B. Fatores de risco para a mortalidade perinatal em Recife – 2003. **Epidemiologia e serviços saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 132-135, jun. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p. 209-213.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 4. ed. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da atenção básica**. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.016, 19 junho de 1998**. Brasília, DF, 1998a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3016.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998**. Brasília, DF, 1998b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15427-3477.html>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 571, de 1 de junho de 2000**. Brasília, DF, 2000c. Disponível em: <http://www.spp.org.br/Portaria_571_GM.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13475>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília, DF, 2001b.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; FERREIRA, J. Adequação dos encaminhamentos de gestação de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 23-29, jan./mar. 2006.

BUNGE, M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. In: _____. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 11-40.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 229-266.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Afrontamento, 1993.

CECILIO, L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 973-983, out./dez. 2000.

CHAMBERLAIN, G. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Santos, 1993.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma Ata. **Relatório...** Geneva: OMS, 1978. p. 14.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-712, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A- P. et. al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista brasileira de estudos populacionais**, Campinas, v. 10, n.1/2, p. 3-11, 1993.

COSTA, A. M. **O PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; OLIVEIRA, A. F. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 139-157.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Jama**, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

ENKIN, R. J.; NEWELL, D. J. A. J. Transdomain thermoremanent magnetization. **Journal of geophysical research**, Washington, v. 99, p. 19741–19755, June 1994.

FELISBERTO, E. Monitoring and evaluation in primary health care: new perspectives. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade da Atenção à Saúde: uma experiência de avaliação à procura da satisfação do usuário. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 128-137, dez. 1999.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, abr. 2007.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O**

trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-122.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO, Jr. J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

LAURENTTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004.

LEMIEUX, C. L.; CHAMPAGNE, F. **Using knowledge and evidence in health care.** Toronto: University of Toronto, 2004.

LUZ, A. G. et al. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 281-286, 2008.

MATUMOTO, S. **O acolhimento:** um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 1998.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 17-25, abr. 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996. tomo 1.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia:** a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde. A cartografia do trabalho vivo em ato.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

NOGUEIRA, M. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. São Paulo: EdUsp, 1995.

OSIS, M. J. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Brasília, DF: Centro de Gestão do Conhecimento Técnico Científico, Anvisa, 2000.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa mãe coruja**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoess/programa-mae-coruja/>>. Acesso em: 16 jul. 2009a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa mãe coruja**. Disponível em: <<http://saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 18 jul. 2009b.

PINTO, L. M. et al. Caracterização e avaliação qualitativa do sistema de alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) - PUC-Campinas. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 416-418, 1996.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, set. 2007.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 1993.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF: OPAS, 2002.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 9-15.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF, 2002.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: _____. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 29-41.

TEIXEIRA, C. F. Um pouco da história... reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: ISC, 2002. p. 11-22.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Camaçari. In: ALMEIDA, C. M. (Org.). **Os atalhos da mudança na saúde do Brasil**. Serviços em nível local: uma análise comparativa (nove estudos de casos). 1. ed. Rio de Janeiro: OPAS, 1989. p. 19-27.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA
PARA OS GESTORES MUNICIPAIS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA			
Data da entrevista:			
Nome do entrevistado:			
Função do entrevistado:	Gestor da Saúde () Gestor de Assistência à Saúde () Gestor da Atenção Básica() Gestor da Unidade Hospitalar ()		
CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO/CARGO			
Nome do Cargo/Função:			
Endereço da Unidade de Trabalho:			
Vínculo:			
Data de Início das Atividades:			
CONTEXTO ORGANIZACIONAL			
GESTÃO MUNICIPAL			
As perguntas estão norteadas a partir da necessidade de coleta de informações das ações municipais do PHPN/Atenção Obstétrica.			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	Como a gestão municipal enxerga a organização do seu modelo de atenção obstétrica?		
2	Existe um setor na SMS que se responsabilize pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN		
Comente:			
3	Esse setor é subordinado a que direção:	RESPOSTA	
	3.1 Assistência à saúde	SIM	NÃO
	3.2 Vigilância em saúde		
Comente:			

4	Tem um coordenador designado?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	4.1 Qual a formação básica desse coordenador?		
	4.1.1 Os técnicos dessa área técnica tem sido capacitados de acordo com as diretrizes do PHPN?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
5	A SMS utiliza ferramenta de monitoramento para acompanhamento das ações do PHPN?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	5.1 O monitoramento é divulgado entre os profissionais de saúde?		
	5.1.1 De que forma?		
	5.2 Existe articulação e/ou programação conjunta do PHPN com outros setores e/ou órgãos do município?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	5.2.1 Especifique:		
6	O município tem centralizado esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	6.1 Essas ações estão incluídas no Plano Municipal de Saúde?		
	6.2 Quem está responsável por essa discussão dentro do Plano? São representantes de diferentes áreas da SMS, técnicos da área técnica de saúde da mulher, da área de planejamento, ou outros?		
	6.3 No Plano estão discriminadas a contrapartida no orçamento do município para essas ações?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
7	A gestão municipal tem ampliado as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, com investimentos na rede assistencial, na gestação de alto risco, no incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
8	O município tem adotado medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério? De que forma?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
9	As equipes são estimuladas a realizar a busca ativa de gestantes faltosas e as de 1ª consulta, assim como ao monitoramento das gestantes de risco pelas unidades de saúde?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
10	É garantida a vinculação da gestante durante o pré-natal ao serviço/maternidade que atenderá ao parto?		

11	Existe no município um sistema informatizado para notificação pelas ESF's e maternidade que identifique as gestantes de risco? Essas gestantes são encaminhadas a serviços resolutivos (referência)?		
	Comente:		
CONTEXTO INTERNO			
Nº	PERGUNTA		
1	Cobertura de PACS/ESF no município:	Nº	Nº
	1.1 Número de equipes de PACS / ESF no município:	Nº	Nº
	1.2 Houve capacitação dessas equipes para as ações do PHPN?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	1.3 O PACS / PSF desenvolve ações do PHPN?		
	1.4 Nas localidades onde há PACS/ESF há uma melhoria das coberturas das ações do PHPN, como por exemplo, o pré-natal?		
2	Existe uma vinculação das equipes de Atenção Básica à rede hospitalar?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
3	Qual a lógica/dinâmica da rede hospitalar junto as necessidades maternas relativas ao acesso, exames, medicamentos e leitos?		
4	Nessa gestão foram realizados investimentos na unidade hospitalar integrante da assistência ao parto? Quais?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
5	O município tem ressaltado a importância da qualificação e humanização dos seu serviço de urgência, com especial atenção as urgência obstétrica, cobrando a utilização de protocolos de assistência padronizados?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
6	A gestão municipal desenvolve algum projeto junto as Parteiras Tradicionais? Qual/Como?		
7	Existe uma intencionalidade da gestão municipal em implantar o modelo de Casa de Parto vinculado ao projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) da Estratégia de Saúde da Família?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO

	7.1 A gestão municipal acredita nesse modelo aplicado ao atendimento das parturientes não acometidas por doenças clínicas e ou obstétricas como uma alternativa possível à humanização da assistência nesse âmbito?		
8	Existe uma intencionalidade da gestão em qualificar doulas comunitárias para atuarem em todas as maternidades, para apoio as parturientes e seus acompanhantes?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
9	O município desenvolve algum tipo de ação de suporte social para gestante de risco? De que tipo?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
10	O município assegura o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, que seja de livre escolha da usuária?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
11	Na Região a assistência ao parto, já apresenta um desenho hierarquizado?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
12	O município já adotou o cumprimento da Resolução RCD 36 de 03 de junho de 2008, da ANVISA , que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
13	O município implantou o seu Comitê de Morte Materna de acordo com a Portaria 1119/GM de 05 de junho de 2008?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
14	O município já realiza o monitoramento da utilização de boas práticas na Atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização em suas maternidades?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
15	O município está sensibilizado para a importância da implantação de hospitais como centros de referência docente assistencial para incentivo e treinamento para o parto humanizado, e para atendimento as emergências obstétricas? Comente o que pensa.	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		

16	A gestão tem investido esforços para a contratação de um maior número de profissionais para atendimento?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	16.1 Isso inclui o incentivo à contratação de enfermeiros obstetras em todas as maternidades do SUS?		
	Comente:		
CONTEXTO EXTERNO			
1	Como está estruturada a Central de Regulação Obstétrica Regional/Estadual?		
2	Como é percebido o papel do estado no contexto da referência obstétrica (transferências em situação de risco / leitos de UTI) na sua região de saúde?		
	2.1 O estado cumpre o seu papel?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
Comente:			
3	Os profissionais têm conhecimento dos serviços pactuados como referência: municipal, estadual? De que forma?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE DA MULHER			
UTILIZADOS OS PADRÕES DEFINIDOS PELO DOCUMENTO TÉCNICO AMQ/MS, 2006			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	ATENÇÃO BÁSICA		
	Cobertura das Ações de PN:		
	1.1.1 Número de Unidades que realizam consultas de pré-natal / Número de Unidades de Saúde existentes no município	Nº	Nº
	1.1.2 O município realiza/referencia teste imunológico para diagnóstico da gravidez?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	1.1.3 O município realiza cadastramento de gestantes no 1º trimestre de gravidez?		
	1.1.4 O município realiza acompanhamento do pré-natal de baixo risco mediante:		
	1.1.4.1 Consulta médica		
	1.1.4.2 Consulta de enfermagem;		
	1.1.4.3 Visita domiciliar por ACS;		
	1.1.4.4 Vacinação antitetânica		
	1.1.5 O município garante os exames laboratoriais na rotina do PN?		
	1.1.6 O município garante a ultra-sonografia obstétrica no PN?		
	1.1.7 O município utiliza os instrumentos de registro:		
1.1.7.1 Cartão da gestante			

1.1.7.2 Ficha perinatal ou prontuário da gestante		
1.1.7.3 Sistema de informação (SISPN)		
1.1.7.4 Livro de registro		
1.1.7.5 Prontuário		
1.1.9 A ESF segue o manual de baixo risco do MS, seus fluxogramas e explicativos para a realização do pré-natal?		
1.2 Educação em Saúde		
1.2.1 O município realiza atividades educativas regulares (pelo menos 1 vez/mês) dirigidas as gestantes?		
1.3 Capacitação		
1.3.1 No último ano foram realizados investimentos na capacitação dos profissionais da rede com ênfase na atenção obstétrica e neonatal?		
1.4 Sinais e Sintomas de Risco na Gestação		
1.4.1 Os profissionais são treinados para identificar e investigar sinais de risco gestacional, e se necessário, encaminhá-los para a referência?	RESPOSTA	
	SIM	NÃO
1.5 Referência para o PN e Parto de Alto Risco:		
1.5.1 Os profissionais têm conhecimento dos serviços pactuados como referência: municipal, estadual?	RESPOSTA	
	SIM	NÃO
1.6 Estrutura – Unidade de Saúde		
1.6.1 Insumos (Balança, Tensiômetro, Sonar) disponíveis nas UBSs?	RESPOSTA	
	SIM	NÃO
1.6.2 Existe manutenção periódica desses insumos?		

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA
PARA OS SERVIÇOS REGIONAIS
(REGIONAL / HOSPITAL REGIONAL)**

DADOS DA ENTREVISTA			
Número do Questionário:			
Data da entrevista:			
Nome do entrevistado:			
Função do entrevistado:	Gestor Regional de Saúde () Gestor Regional da Área Técnica de Saúde da Mulher () Gestor Regional da Atenção Básica () Gestor da Unidade Hospitalar de Referência Regional ()		
CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO/CARGO			
Nome do Cargo/Função:			
Endereço da Unidade de Trabalho:			
Vínculo:			
Data de Início das Atividades:			
CONTEXTO INTERNO			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	Como a gestão enxerga a organização do modelo regional de atenção obstétrica?		
2	Existe um setor na Regional que se responsabilize pela avaliação regional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN, implantado nos municípios?		
3	Esse setor é subordinado a que gerência:	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	3.1 Assistência à saúde		
	3.2 Vigilância em saúde		
Comente:			
4	Tem um coordenador designado?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO

	4.1 Há quanto tempo?	Nº	
	4.2 Qual a formação básica desse coordenador?		
	4.2.1 Os técnicos dessa área técnica tem sido capacitados de acordo com as diretrizes do PHPN?		
5	A regional utiliza ferramenta de monitoramento para acompanhamento das ações do PHPN?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	5.1 Qual (is):		
	5.2 Periodicidade do monitoramento:		
	5.2.1 Mensal		
	5.2.2 Bimestral		
	5.2.3 Trimestral		
	5.2.4 Semestral		
5.2.5 Outros			
5.3 O monitoramento é discutido entre os técnicos dos municípios?			
5.3.1 Se sim, de que forma?			
6	A regional participa da Pactuação das ações e serviços – PPI, dos municípios sob sua gerência?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	6.1 Se sim, as ações do PHPN têm suas necessidades avaliadas nesse processo?		
	6.2 Quem avalia?		
	6.2.1 Representantes de diferentes áreas da Regional		
	6.2.2 Técnicos da área técnica de saúde da mulher da Regional		
	6.2.3 Técnicos da área técnica de Planejamento da Regional		
6.2.4 Outros			
Comente:			
7	O Gestor regional/hospitalar é ordenador de despesas das ações/serviços de referência para a regional na área de obstetrícia?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
7.1 O Gestor regional/hospitalar tem conhecimento da PPI e das diretrizes para aplicação do teto financeiro?			
Comente:			
CONTEXTO EXTERNO			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	Controle Social		
	1.1 O Colegiado gestor é constituído na Regional?		
	1.2 É atuante?		
	1.3 Reune-se com que periodicidade?		
	1.4 Têm conhecimento das ações do Programa?		
Comente:			

	Cobertura de PACS/ESF na regional:	Nº	
	2.1 Número de equipes de PACS / ESF na regional:	Nº	
2	2.2 Os PACS / ESF desenvolvem ações do Programa?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	2.3 Nos municípios onde há relevante cobertura de PACS/ESF há um impacto das coberturas das ações do Programa, como por exemplo, o pré-natal?		
Comente:			
	A Regional acompanha o repasse de recursos destinados ao PHPN/SISPN dos municípios:	RESPOSTA	
3	3.1 A Regional acompanha as contrapartidas municipais para as ações do PHPN?	SIM	NÃO
Comente:			
	Na Regional a assistência ao parto, já apresenta um desenho hierarquizado?	RESPOSTA	
4		SIM	NÃO
	O estado tem ressaltado a importância da qualificação e humanização dos Serviços de Urgência, com especial atenção as urgências obstétricas, cobrando deles a utilização de protocolos de assistência padronizados?	RESPOSTA	
5	Como?	SIM	NÃO
	A gestão estadual tem feito investimentos na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos? Você poderia me citar alguns?	RESPOSTA	
6	Comente:	SIM	SIM
	A gestão estadual já definiu a pactuação de “critérios mínimos” para o funcionamento de suas maternidades, assim como daquelas que estão sob o comando da gestão municipal?	RESPOSTA	
7	Comente:	SIM	NÃO
	O estado já adotou o cumprimento da Resolução RCD 36 de 03 de junho de 2008, da ANVISA , que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal?	RESPOSTA	
8		SIM	NÃO
	O estado tem cumprido o seu papel na reavaliação dos hospitais qualificados como referência para gravidez de risco, como referência regional, na qualificação de seu corpo técnico, para uma assistência humanizada?	RESPOSTA	
9	Comente:	SIM	NÃO
	Existe uma preocupação da gestão estadual sobre a adequação dos Hospitais de Pequeno Porte, para qualificar a atenção ao parto?	RESPOSTA	
10		SIM	NÃO

	Comente:		
11	A Regional/Hospital Regional implantou o seu Comitê de Morte Materna de acordo com a Portaria 1119/GM de 05 de junho de 2008?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
12	A Regional/ Hospital Regional já realiza o monitoramento da utilização de boas práticas na Atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização em suas maternidades?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
13	A gestão estadual/regional está sensibilizada para a importância da implantação de Hospitais como Centros de Referência docente assistencial para incentivo e treinamento para o parto humanizado, e para atendimento as emergências obstétricas? Comente o que pensa.	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
14	A gestão tem investido esforços para a contratação de um maior número de profissionais para atendimento? 14.1 Isso inclui o incentivo à contratação de enfermeiros obstetras em todas as maternidades do SUS?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE DA MULHER			
UTILIZADOS OS PADRÕES DEFINIDOS PELO DOCUMENTO TÉCNICO AMQ/MS, 2006			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	ATENÇÃO BÁSICA/PRÉ-NATAL		
	1.1 As unidades de saúde da regional incluem as consultas de pré-natal no seu cronograma de atividades?		
	1.2 Capacitação		
	1.2.1 A Regional já disponibilizou capacitação/treinamento em assistência pré-natal para os municípios que ainda não estão sob gestão plena?		
	1.2.2 Se sim, há quanto tempo?	Nº	
	1.2.3 Em sua opinião os profissionais que estão prestando assistência à gestante, na atenção básica, estão capacitados para identificar e investigar sinais de risco gestacional, e se necessário, encaminhá-los para a referência de PN e Parto de alto risco?		
	1.2.4 Os profissionais têm conhecimento dos serviços pactuados como referência: municipal, estadual?		
	1.3 Estrutura – Unidade de Saúde		
1.3.1 A regional realiza supervisões sistemáticas às ESF sob sua gerência, observando se existem insumos (consultório, maca fixa para exame, balança, tensiômetro, sonar,...) disponíveis para a consulta			

	pré-natal?		
	1.3.2 Esses insumos estão em boas condições de uso/conservação?		
	1.3.3 A Regional/Hospital Regional têm conhecimento se os municípios realizam o controle bioquímico padronizado para as gestantes em acompanhamento?		
	1.3.4 A Regional/Hospital Regional tem conhecimento se os municípios utilizam-se dos instrumentos de registro padronizados pelo PHPN, durante o acompanhamento PN e durante o parto?		
UNIDADE REGIONAL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM OBSTETRÍCIA DE ALTO RISCO SECUNDÁRIO			
Estrutura – Unidade Hospitalar			
2	2.1 O Hospital Regional inclui em sua capacidade instalada um ambulatório de pré-natal de alto risco aos municípios sob gestão plena da atenção básica?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	2.2 Qual a lógica/dinâmica do Hospital Regional junto as necessidades maternas relativas ao acesso, exames, medicamentos e leitos?		
	Comente:		
3	Nessa gestão foram realizados investimentos nas instalações do Hospital Regional? Quais?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
	Comente:		
4	O estado assegura o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, que seja de livre escolha da usuária?	RESPOSTA	
		SIM	NÃO

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES

Título do Pesquisa: Os Extremos e Possibilidades de uma Rede Regional de Assistência Obstétrica de uma Região de Saúde de Pernambuco: Avaliação e Delineamento dos Encaminhamentos Municipais

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Pesquisadora Responsável: Maria Valéria Gorayeb de Carvalho

Você está sendo convidado/a participar dessa pesquisa que tem como finalidade Analisar as dificuldades da rede hospitalar municipal, que interferem no cumprimento da missão institucional de um Hospital de Referência Obstétrica em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

A integralidade da atenção à saúde, nesta pesquisa, está sendo compreendida como a garantia de assistência às pessoas que inclua ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. Você pode deixar de participar sem nenhum prejuízo para você. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa.

Esta pesquisa procurará descrever a rede hospitalar obstétrica da macrorregião e sua capacidade instalada; avaliar a capacidade gerencial dos municípios da macrorregião para atender a demanda dos partos normais e suas dificuldades de implementação e analisar as principais causas e a origem dos partos de Alto Risco realizados pelo Hospital Regional, considerando os critérios de classificação de risco do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Serão entrevistados gestores da Regional de Saúde (Gerente Regional, Gestor da Área Técnica de Saúde da Mulher e Gestor de Regulação) e do município que mais referenciou as suas demandas para o Hospital Jesus Nazareno, representado pelo Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora da Atenção Básica e Gestor da Unidade Hospitalar.

Além das entrevistas será realizada observação direta, análise de documentos e de dados secundários como técnicas de coleta. As informações serão analisadas, a partir do referencial teórico do trabalho, de forma a analisar os fatores que determinam e influenciam a atenção ao pré-natal, parto e puerpério e a missão institucional da unidade hospitalar de referência obstétrica.

Nas entrevistas, serão feitas algumas perguntas dirigidas e outras abertas, onde você poderá responder da forma que achar melhor. Toda a conversa será gravada e depois será ouvida e escrita.

Os riscos relacionados com a participação dos sujeitos da pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, no entanto, estando resguardada a identidade / participação.

Os benefícios com a participação na pesquisa são o de contribuir com a gestão do serviço regional de referência, sinalizando as possíveis dificuldades do modelo hospitalar, enfatizando a importância de fortalecer, apoiar e reorientar a gestão municipal na atenção ao pré-natal. Os resultados dessa pesquisa também poderão servir para os demais serviços de referência, que se encontram igualmente envolvidos com essas dificuldades.

Mais esclarecimentos e informações sobre a pesquisa podem ser pedidos à pesquisadora, que é **MARIA VALÉRIA GORAYEB DE CARVALHO**, no endereço:

IV Gerência Regional de Saúde,
Coordenação Regional de Urgência e Emergência
Rua General Estilac Leal, S/N,
Bairro do Salgado
CARUARU – PE.
Telefone: (81) 9297.7178
Ou ainda pelo e-mail: valeriagorayeb@hotmail.com

Maria Valéria Gorayeb de Carvalho
Pesquisadora

Vou participar de forma voluntária da pesquisa. Confirmo minha participação assinando esse acordo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora. Poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique à minha pessoa.

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Caruaru, ____/____/2010.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Usuário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO

Título do Pesquisa: Os Extremos e Possibilidades de uma Rede Regional de Assistência Obstétrica de uma Região de Saúde de Pernambuco: Avaliação e Delineamento dos Encaminhamentos Municipais

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Pesquisadora Responsável: Maria Valéria Gorayeb de Carvalho

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa que tem por finalidade analisar as dificuldades da rede hospitalar municipal, que podem prejudicar o funcionamento do Hospital Regional. Sabemos que há um esforço para melhorar cada vez mais a assistência à saúde da população, porém ainda desconhecemos muitos problemas que dificultam a entrada das pessoas nos serviços, bem como a continuidade da atenção prestada.

A assistência à saúde é um direito garantido por lei, e para assegurá-lo é necessário que o SUS esteja funcionando bem, desde unidades de saúde da família até os hospitais onde se pode ter uma assistência mais complexa. Portanto, é necessário que sempre haja pesquisas que procurem informações sobre o funcionamento da rede de serviços do SUS.

Os resultados de nossa pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o sistema público de saúde. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência, enquanto usuária deste serviço de saúde. A entrevista será gravada e posteriormente será transcrita para que possa ser analisada pela pesquisadora.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde na Região de Saúde e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. Os riscos relacionados com a participação dos sujeitos da pesquisa podem ser de constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma, sendo mantido o caráter de confidencialidade da informação prestada. As informações poderão ser utilizadas em eventos científicos, utilizando os mesmos critérios.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Vou participar de forma voluntária da pesquisa. Confirmo minha participação assinando esse acordo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora. Poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique à minha pessoa.

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Caruaru, _____/_____/2010.

Mais esclarecimentos e informações sobre a pesquisa podem ser pedidos à pesquisadora, que é **MARIA VALÉRIA GORAYEB DE CARVALHO**, no endereço:
IV Gerência Regional de Saúde,
Coordenação Regional de Urgência e Emergência
Rua General Estilac Leal, S/N,
Bairro do Salgado
Caruaru – PE.
Telefone: (81) 9297.7178
Ou ainda pelo e-mail: valeriagorayeb@hotmail.com

Maria Valéria Gorayeb de Carvalho
Pesquisadora