

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE

Chérída Portilho Galdino

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO PARA
GESTANTES DE ALTO RISCO EM URUGUAIANA – RS

Itaqui

2012

Chérica Portilho Galdino

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO PARA
GESTANTES DE ALTO RISCO EM URUGUAIANA – RS**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Maria Ceci Araujo Misoczky

Itaqui

2012

Chérída Portilho Galdino

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ABULATÓRIO PARA GESTANTES DE
ALTO RISCO EM URUGUAIANA - RS**

**Trabalho de conclusão de curso de
especialização apresentado ao Departamento
de Ciências Administrativas da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para a obtenção do grau de
Especialista em Gestão em Saúde.**

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

Dedico este trabalho ao Márcio, Marcell e Bernard,
que tornam minha caminhada muito mais cheia de
vida, alegria e dinamismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à orientadora Ceci pelo conhecimento e pelo rigor que contribuíram para o crescimento deste trabalho.

À tutora Júlia pela disponibilidade constante.

À todas pessoas que se envolveram, contribuindo para a elaboração deste trabalho, em especial Dr. Menegaz e Dra. Rita.

À Juce pelo incentivo para a realização do curso.

E um especial agradecimento à minha família pelo aconchego e pela compreensão de minhas ausências durante a elaboração do trabalho e de todo o curso.

RESUMO

A implantação do Ambulatório para as Gestantes de Alto Risco em Uruguaiana, no Rio Grande do Sul é o tema central deste estudo. Trata-se de um relatório de intervenção que objetiva destacar a narrativa das etapas desta implantação desde seu início, os atores implicados nesta construção que compõem equipe multidisciplinar. No decorrer deste estudo, ocorrem reflexões acerca dos problemas anteriores e posteriores à intervenção, as possibilidades e as impossibilidades de suas resoluções. A mortalidade materna e infantil com índice elevado no município e a falta de padronização no atendimento às gestantes. A dificuldade em obter recursos materiais em tempo hábil, retardando a inauguração do Ambulatório. A resistência por parte de alguns obstetras e pediatras em relação a este novo serviço de atendimento. Destaca-se a implicação dos atores diretamente envolvidos e seu engajamento na construção deste trabalho, discutindo e planejando ações mais humanizadas às gestantes de alto risco.

Palavras-chave: ambulatório; gestantes; alto risco; equipe multidisciplinar, mortalidade materna e infantil, recursos materiais, planejamento, humanizadas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 REVISÃO TEÓRICA	12
4 OBJETIVOS	16
4.1 OBJETIVO GERAL	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
6.1 OS PRIMEIROS PASSOS.....	21
6.2 UM POUCO DE HISTÓRIA E OS PONTOS CRÍTICOS	24
7. A INTERVENÇÃO NO AMBULATÓRIO	30
7.1 A HISTÓRIA CONTINUA: CONSTRUINDO O AMBULATÓRIO	30
7.2 A INSERÇÃO DO AMBULATÓRIO NA SANTA CASA	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES	45
APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA	47
APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA.....	47
APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA	48
APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA	49
APÊNDICE E - QUADRO DAS DATAS DAS ENTREVISTAS.....	50
ANEXOS	51
ANEXO A – PROJETO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO	52
ANEXO B - DECRETO 202/2011	60

1 INTRODUÇÃO

O tema deste estudo refere-se ao relato do processo de implantação do Ambulatório para Gestantes de Alto Risco, na Santa Casa, no município de Uruguaiana - Rio Grande do Sul. Este ambulatório será referido no trabalho como Ambulatório de Alto Risco, conforme foi nomeado em seu projeto de origem. A possibilidade de realizar este estudo surgiu do desejo de conhecer o trabalho com grupos de sala de espera nos postos de saúde do município. Obtive a informação de que não havia mais este trabalho, que era antes realizado em dois postos, a Unidade Sanitária 2, no bairro Marduque, e o Posto Getúlio Vargas, no Centro. Pensei em ativar o funcionamento do grupo de sala de espera. Simultaneamente, tomei conhecimento de um projeto para criação de um Ambulatório de Alto Risco para atender gestantes nesta situação. Fiz contato com a Coordenadora do projeto, que é uma médica ginecologista e obstetra, marcando uma entrevista para saber sobre o ambulatório e manifestar meu interesse em desenvolver um grupo de sala de espera. A partir desta entrevista, passei a acompanhar os passos da criação do Ambulatório de Alto Risco, realizando um trabalho voluntário de auxílio à elaboração do projeto. Minha função é facilitar o trabalho multidisciplinar entre os profissionais do ambulatório, participando de seu treinamento para a construção de um atendimento humanizado às gestantes.

Este ambulatório encontra-se em ativo processo de implantação, em fase de organização dos recursos materiais e humanos. O espaço físico está sendo reformado e está sendo realizada a seleção dos profissionais para compor a equipe de trabalho. As gestantes diagnosticadas de risco, nos postos de saúde, serão encaminhadas, caracterizando o público-alvo do Ambulatório de Alto Risco. Os grupos de sala de espera constituirão uma das atividades a serem realizadas.

A possibilidade de acompanhar a criação do Ambulatório de Alto Risco, discutindo seus objetivos com a Coordenadora e outros profissionais da saúde, remeteu a uma experiência de trabalho realizada no ano de 1996, no Hospital Fêmina, de Porto Alegre/RS, quando tive a oportunidade de conhecer e me inserir no trabalho realizado no Ambulatório de Diabetes Gestacional (ADG), como estagiária de Psicologia Clínica. Este ambulatório possuía uma abordagem multidisciplinar nos atendimentos e na realização de grupos com as gestantes. Além

do atendimento médico, com endocrinologista e obstetra, havia o acompanhamento social, nutricional e psicológico, através do atendimento psicológico individual, e em grupos. Nesta época, no Hospital Fêmeina, houve a retomada dos grupos de sala de espera, com aproveitamento do tempo de espera entre consultas, exames, com mini palestras dialogadas, realizadas de forma multidisciplinar (estagiária de psicologia, nutricionista, enfermeira, pediatra e assistente social), desenvolvendo a promoção do aleitamento materno.

O presente estudo me levou por um caminho de construção, carregando estas experiências anteriores que despertaram o desejo de realizar este trabalho articulando-o com o momento atual de minha formação: a gestão em saúde. Uma vivência mais antiga se renova, através de uma mais recente que é a diversidade dos conhecimentos construídos, através desta especialização.

A implantação de um trabalho que acolhimento à gestante em uma condição vulnerável, que é a situação de risco, através de um atendimento especializado, realizado em um ambiente adequado, vai ao encontro da humanização do atendimento, viabilizando um trabalho preventivo, através da promoção da saúde da gestante e de seu bebê. A humanização é uma das principais diretrizes do SUS e “o núcleo de seu conceito reside na ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 608).

O atendimento humanizado garante uma aproximação entre as usuárias e o profissional da área da saúde, podendo beneficiar as gestantes que estão em uma situação de risco e, por este motivo, vivenciam um momento de fragilidade. Diante do risco, podem ocorrer diversas dúvidas das gestantes em relação à sua condição de saúde e à saúde do bebê, incluindo o surgimento de variados sentimentos e fantasias.

O grupo de sala de espera pode transformar o momento de espera em um ambiente acolhedor para a gestante que passará, pelo menos, um turno do dia no ambulatório, consultando e realizando exames. Além do acolhimento, pode proporcionar maior proximidade entre as usuárias e os profissionais de saúde, através da discussão de temas que auxiliem na promoção da saúde da gestante. A realização destes grupos depende, inicialmente, da criação do Ambulatório de Alto Risco e do fluxo de gestantes no local.

As intervenções multidisciplinares, realizadas neste ambulatório, poderão minimizar a mortalidade infantil, objetivo que alicerça a construção deste projeto (Anexo A). O grupo de sala de espera alia-se a esta finalidade, através do debate de temas relacionados à saúde da gestante e do bebê que interessem às usuárias.

O projeto do Ambulatório de Alto Risco surgiu pelos dados preocupantes em relação à mortalidade infantil em Uruguaiana que, em 2009, revelou o coeficiente¹ de 18,5 a cada 1000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Em 2010, segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (2010), o coeficiente aumentou para 20,76 por 1000 nascidos vivos.

Além do monitoramento necessário dispensado à gestante pela equipe multiprofissional, podem ser pensadas outras formas de intervenção que complementem este atendimento especializado. Uma das formas de intervenção é a implantação dos grupos de sala de espera para acolher sentimentos, fantasias, dúvidas que a gestação em seu curso normal já desperta. Diante de uma intercorrência, ou seja, da situação de risco, pressupõe-se que estes sentimentos, fantasias e questionamentos das gestantes, multiplicam-se, podendo tornar-se ainda mais intensos, trazendo à tona a ambivalência: vida pela gestação e seu desenvolvimento e morte vivenciada pela situação de risco à integralidade de sua saúde.

O atendimento realizado no Ambulatório de Alto Risco abrirá caminho para a implantação do grupo de sala de espera. Estes atendimentos são, portanto, uma possibilidade de trabalhar com esta diversidade de sensações, sentimentos e dúvidas, dando continência a estas gestantes. Esta interação viabilizará, também, a aproximação entre os profissionais da saúde e seus pacientes, desenvolvendo a humanização, a multidisciplinaridade e a promoção da saúde.

O contexto do grupo de sala de espera, de maneira geral, caracteriza-se por pessoas que aguardam o atendimento no sistema único de saúde nos postos, ambulatórios e ambiente hospitalar, e que têm algum tipo de vínculo com este lugar. Esta tríade: pacientes em espera, profissionais de saúde e corredor, é dinâmica e breve, e mesmo assim abre espaço para que surja uma pluralidade de linguagens e subjetivações. Os usuários estão, muitas vezes, desprovidos de cuidados e de

¹ Refere-se ao coeficiente de mortalidade infantil, representado pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população de um determinado espaço geográfico.

informações sobre sua saúde, mas carregados de outros saberes da sua vida, de suas vivências, tendo a oportunidade de manifestá-las fazendo parte de um grupo de sala de espera, Teixeira (2005, p. 322):

Nesse território ocorrem interações, nem sempre harmônicas, entre o saber oficial em saúde e o popular, nas quais as pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e maneira de se cuidarem. Quando entramos nesse cenário, com propósito educativo, identificamos as transversalidades entre as expressões psicossociais das pessoas e linguagem técnica e científica.

Retomar o grupo de sala de espera, no Ambulatório de Alto Risco em Uruguaiana, traz desafios e muita satisfação, uma vez que possibilita um atendimento mais humanizado para as gestantes, atendendo suas demandas.

Neste momento, meu envolvimento é acompanhar a implantação do ambulatório, participando das reuniões com a coordenação e equipe, discutindo as ideias e objetivos do projeto deste ambulatório. O Ambulatório de Alto de Risco, à medida que se organiza, suscita um desafio à equipe que está sendo composta: discutir os problemas existentes, produzindo um conhecimento que servirá de base para intervir na busca de soluções, sendo necessária a implicação de todos.

Portanto este trabalho é o relato e a reflexão sobre o processo de implantação do Ambulatório de Alto Risco, na Santa Casa de Uruguaiana, caracterizando um relatório de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se por vários motivos: inicialmente por ser uma situação inovadora no município, pois se trata da criação de um ambulatório especializado. O interesse em participar do processo de implantação do Ambulatório de Alto Risco destinado à gestantes de risco, acompanhando e registrando passo a passo sua organização, criando um espaço grupal, dinâmico e multidisciplinar para as mulheres que aguardam atendimento.

A integração de experiências anteriores da atuação em Psicologia, articulada com as percepções e leituras desenvolvidas ao longo do Curso de Especialização acerca do serviço de saúde e também do lugar do gestor neste cenário, proporciona instrumentos para analisar e melhorar a qualidade do serviço através do fortalecimento da equipe na busca de um atendimento mais humanizado.

Um dos problemas, enfatizados nas discussões durante o Curso, foi o distanciamento entre os profissionais da área da saúde e a população, ou em outras palavras a falta de humanização, vivenciando enquanto esperam, por vezes, o descaso, a banalização da vida e o abandono, somado à fragilidade por seu adoecer. Sem o envolvimento, sem a humanização os atores deste cenário, que são os usuários e os profissionais, perdem. Perdem a possibilidade de encontro e a chance de constituir um caminho que resulte no conhecimento, no vínculo com a promoção da saúde. O profissional perde por não conhecer sua clientela e suas demandas e a oportunidade abrandar a falta de conhecimento dos usuários sobre sua saúde e seus direitos e de tornar seu atendimento efetivo, minimizando agravos. Um ganho é que algo em comum já existe entre os atores: a saúde.

Um dos focos da Psicologia Clínica é entender o sujeito como ser social e suas relações com as pessoas, com as instituições, com seu corpo, sua mente, enfim com sua saúde.

O Ambulatório de Alto Risco poderá viabilizar, através do trabalho interdisciplinar, a formação deste laço: profissionais e gestantes buscando a promoção da saúde. Este laço refere-se a um dos pilares do SUS, que é a humanização do atendimento.

3 REVISÃO TEÓRICA

A humanização é uma das metas a ser desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde. A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferece uma diretriz que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diferentes instituições de saúde, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade. Partindo dessa perspectiva, a Política de Humanização da Assistência à Saúde aponta diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

- acolhimento e atendimento dos usuários;
- trabalho dos profissionais;
- lógicas de gestão e gerência.

Conforme o Manual de Humanização (BRASIL, 2008) elaborado com base no Programa Nacional Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade.

De acordo com Japur e Borges (2008), é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de co-responsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais.

Para Mello Filho² (2000 *apud* Salto, 2000, p. 14), os pacientes em geral esperam atitudes solidárias por parte da equipe médica e tendem a identificar no

² MELLO FILHO, J. et al. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

médico a competência precisa, com a expectativa de que este é um ser onipotente e mágico capaz de evitar sofrimento, dor e morte. Nem sempre esses sentimentos e expectativas são acolhidos pela equipe, pelo distanciamento existente entre os profissionais da saúde e os pacientes.

É no processo de espera para assistência em saúde que se dá o início da relação entre os atores: sujeito, a doença, a equipe de assistência e a assistência propriamente dita. Sendo que a forma como é vivenciado este processo pode ser determinante na relação do usuário com a saúde. O grupo de sala espera pode caracterizar-se como uma forma de acolhimento, de humanização entendido, pelo usuário, como um momento de boas vindas ao ambiente de assistência. Além disso, é uma via de acesso ao conhecimento necessário para a busca e/ou manutenção de uma melhor qualidade de vida, através do bem estar e da promoção da saúde. (MIYAZAKI *et al.*, 2002).

Maldonado e Hallal (1981, p. 379), definem o grupo de sala de espera como uma diversificação de grupo aberto, grupo que tem dia e hora fixa, porém com participantes variáveis. É um grupo que inicia e acaba no mesmo dia, um grupo de um só um encontro.

A abordagem de sala de espera possibilita ser realizada por todos os profissionais da área da saúde, cada qual com suas atribuições, mas que tem objetivos comuns a serem alcançados, através de um projeto multiprofissional que se destaca pela interdisciplinaridade, de caráter informativo e preventivo, caminhando em direção à humanização do atendimento.

Conforme Teixeira e Veloso (2006, p. 322) “o grupo de sala de espera pode ser considerado um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos.” Possibilita amenizar o desgaste físico e psicológico associado ao tempo de espera pelo atendimento, minimizando a ansiedade causada pela fragilidade da doença, através do acolhimento.

Para Veríssimo e Valle³ (apud Rodrigues, 2009, p. 102)

O grupo de sala de espera é compreendido como uma forma produtiva de transformar o tempo ocioso nas instituições de saúde em momento de trabalho; espaço onde podem ocorrer trocas de experiências, promovendo

³ VERISSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. **A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares.** Psicologia Argumenta/pontifícia Universidade do Paraná. Curitiba: Champagana – v. 24. n. 45, Junho de 2006.

a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais da saúde, facilitando entendermos determinadas crenças e, por conseguinte, escutarmos e compreendermos o usuário na sua totalidade.

Os usuários neste trabalho, que são o público alvo do ambulatório, são as gestantes de risco que têm nome, desejo, fantasias e medos, por sua condição de vulnerabilidade. Mas afinal, o que é gestação de risco?

A maioria das gestações são processos saudáveis, entretanto algumas podem ser complicadas por situações adversas, devido a vários fatores, entre eles: a saúde da gestante, a saúde do feto e também às próprias complicações que podem acontecer durante a gravidez. Estas complicações ocorrem em cerca de 6 a 8% das gestações. Todavia, estas complicações resultam em 70-80% da mortalidade da mãe e ou do bebê. Em função disso torna-se necessário um cuidado especial para assegurar a saúde de ambos.

Conforme Manual de Gestação de Alto-Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a evolução da gestação se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes 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 "gestantes de alto risco".

De acordo com o Manual Merck (BERKOW [2009]), "uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte, antes ou depois do parto, é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para o bebê."

Para identificar uma gravidez de alto risco, examina-se a mulher grávida para determinar se apresenta condições ou características que a exponham, a ela ou ao feto, à possibilidade de adoecer ou morrer durante a gravidez (fatores de risco). Para isso é necessário um acompanhamento especializado e sistemático da gestante. Com o objetivo de evitar ou minimizar a mortalidade infantil e materna.

Para entender os índices da mortalidade infantil, podemos referenciar o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), que representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, interpretando-se como a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante seu primeiro ano de vida. Os indicadores são classificados em altos, médios e baixos, em que taxas maiores do que 50/1000 são consideradas altas; entre 20 a 49/1000 médias e menores que 20/1000, baixas. O

CMI está relacionado com diversos fatores que são: a informação, a qualidade de atendimento de saúde a escolaridade, a nutrição e a saúde das gestantes. (BRASIL⁴, 2009 *apud* SANTOS; PEREIRA; FORTES; LUSTOSA, 2010, p.10).

No Brasil, é perceptível a redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Sendo o coeficiente atual de 19,3/1000 nascidos vivos. O Rio Grande do Sul apresenta um dos menores índices do país: 11,7/1000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL⁵, 2009 *apud* BIGUELINI e GUERRA, 2010, p. 11). Em Uruguiana toma-se contato com um índice alto de mortalidade infantil que é de 18,5/1000 nascidos vivos, pois é superior ao CMI regional. (RIO GRANDE DO SUL⁶, 2009 *apud* BIGUELINI; GUERRA, 2010, p. 11). O acompanhamento da saúde das gestantes de risco é determinante na situação de risco. Diante disso, a implantação de um ambulatório especializado, torna-se um dos caminhos no combate ao problema que os índices expressam.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2009.

⁵ RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de retroalimentação e acompanhamento**. 2009.

⁶ RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de retroalimentação e acompanhamento**. 2009.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Acompanhar o processo de implantação do Ambulatório de Alto Risco, da Santa Casa em Uruguaiana.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Participar da implantação do ambulatório de alto risco.
- Registrar o processo de implantação.
- Analisar o processo de implantação e sua relação com os objetivos pretendidos de humanização e vínculo entre profissionais e gestantes.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho compõe um relatório de intervenção sobre a implantação do Ambulatório de Alto Risco onde são relatados todos os momentos deste processo, anteriores e posteriores à intervenção. Visto que o início deste estudo coincide com o início da estruturação do Ambulatório.

O ponto de partida deste trabalho ocorreu no contato inicial com a coordenação do Ambulatório em novembro de 2011, para conhecer os termos do projeto e seu estágio de construção, bem como apresentar as possíveis contribuições que a participação da pesquisadora propiciaria. Ainda nesta etapa, ocorreram reuniões com a participação da pesquisadora, caracterizando uma observação participante. Houve reunião com parte da equipe e alguns médicos, em um primeiro momento e com toda a equipe em uma segunda circunstância. Ficou combinado que estas reuniões de equipe continuarão acontecendo com sistemática quinzenal, já que o processo de implantação ainda se encontra em andamento.

A equipe foi definida com os participantes diretos que são os profissionais da saúde que estão em contato com as gestantes de risco e, portanto, implicados no processo. Também participam profissionais que não tem um contato direto com as gestantes de alto risco, mas estão implicados no processo de implantação do Ambulatório de Alto Risco, como o Administrador da Santa Casa, o Secretário de Saúde e o Presidente do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil.

Durante estas reuniões houve discussões sobre os problemas relacionados ao atendimento à gestante de alto risco e propostas soluções para qualificar este serviço. Foram, também, evidenciadas as possibilidades e dificuldades para a implantação do Ambulatório de Alto Risco. É essa uma maneira de explorar a situação levantando problemas para realizar o planejamento das ações. Este fase gera um conhecimento para embasar a ação. A pesquisadora fez parte deste momento, fazendo registros do que foi discutido e decidido em cada encontro, para elucidar os passos da construção do ambulatório, facilitando a avaliação à posteriori.

Decididas as ações, o grupo discutiu os meios para alcançá-las e possíveis mecanismos para solucionar dificuldades e conflitos encontrados pelo caminho. A

resistência por parte de alguns profissionais em relação à implantação do Ambulatório de Alto Risco e a falta de espaço físico para os atendimentos do Ambulatório são exemplos das dificuldades pontuadas. As informações obtidas nesse processo passaram a ser um recurso que pode guiar o planejamento das ações, determinando as potencialidades da organização ou grupo e suas possíveis estratégias.

Neste momento, foram reunidos os recursos materiais necessários para a implantação do Ambulatório de Alto Risco. Estão sendo realizados encontros de capacitação e estudos para os profissionais de saúde, com a finalidade de qualificar o atendimento das gestantes de risco. Ocorreu a primeira palestra ministrada pela Coordenadora do Ambulatório para as enfermeiras dos postos de saúde, outras palestras estão agendadas, conforme cronograma do projeto (Anexo 1). De acordo com este agendamento, participarei da capacitação das enfermeiras para aprimorar a humanização no atendimento.

Trata-se do momento inicial da implantação do Ambulatório de Alto Risco. Na sala do Ambulatório ocorreu a primeira reunião com a equipe de profissionais, tendo em vista sua recente inauguração. O objetivo da reunião foi promover o envolvimento dos profissionais e apresentar situações de estudo. Os profissionais implicados compõem uma equipe multidisciplinar: duas médicas obstetras, enfermeira do ambulatório, enfermeira da maternidade, assistente social, duas psicólogas, nutricionista, fisioterapeuta (Anexo 1). Outro objetivo foi planejar as ações a serem realizadas com as gestantes, sobre o grupo de sala de espera e outras possíveis abordagens, assim como as reuniões de equipe realizadas quinzenalmente.

Ainda serão feitas abordagens com as gestantes para incentivar a sua participação no Ambulatório e a implantação dos grupos no ambiente de sala de espera entre consultas e exames, sobre assuntos pertinentes à gestação e/ ou situação de risco e outros temas propostos pelas usuárias. Estas atividades não foram efetivamente realizadas, em função da recente inauguração do Ambulatório que culmina com a etapa final deste Trabalho de Conclusão de Curso.

O registro das situações abordadas nas reuniões e nos grupos bem como a realização de entrevistas, faz parte deste momento. Assim como encontros periódicos com os atores envolvidos para troca de informação e discussão do que

está sendo observado no processo de construção do Ambulatório, aprofundando a pesquisa.

Realizei entrevistas semi estruturadas com profissionais envolvidos neste processo de implantação. (Vide Apêndice A) Não foi possível realizar a entrevista pretendida com o Secretário Municipal de Saúde, em função de dificuldades de agendamento. No dia da entrevista, marcada em seu gabinete, compareci e o encontro foi cancelado pelo Secretário. Ficou combinado pessoalmente com ele que a entrevista seria respondida virtualmente. Enviei mensagem eletrônica no mesmo dia e não houve resposta. Fiz contatos telefônicos com sua Secretária, reforçando a importância da participação dele na entrevista. Porém não houve retorno.

Outro momento importante para este estudo, e para o trabalho realizado no Ambulatório, é a avaliação deste processo que pode ser realizada através de discussões acerca dos objetivos e metas que não puderam ser alcançados em relação à implantação do Ambulatório. Também pode ser avaliado se as pessoas e grupos participantes estão implicados no processo. Nesta fase, é possível saber se aconteceram resultados não esperados, bem como sobre a adequação das técnicas aos resultados obtidos; identificar os efeitos do processo, as potencialidades e limitações. A avaliação possibilita a análise e a divulgação dos resultados obtidos em relação ao momento de implantação do Ambulatório. E a partir destas informações, o que deve ser aprofundado? E o que deve ser reorientado? Esta etapa e a próxima não estão em efetiva execução pelo estágio de implantação do Ambulatório, sendo aqui mencionadas apenas como indicação das próximas etapas que serão implementadas na continuidade do processo de implantação, ainda que não possam constar deste estudo neste momento.

São as aprendizagens construídas desde o início do projeto de pesquisa-ação até sua última etapa, em que deve estar garantida a participação dos atores envolvidos. De acordo com Snyder (*apud* Dick, 1997, p.7):

A avaliação do processo ajuda, entre outros, aos participantes do projeto a compreender o processo, a relação entre os elementos do modelo, e a importância dos recursos e atividades desenvolvidas para alcançar as metas e ideais. Inclui o desenvolvimento de ideais, definição de metas, ocorrendo a análise do processo.

Com base na avaliação do processo, os participantes podem identificar indicadores válidos e objetivos para medir os resultados alcançados. Além disso,

mostrar a eficiência do projeto, desenvolvendo atividades de monitoração. A avaliação cíclica utiliza os indicadores da avaliação dos resultados para desenvolver uma efetiva realimentação, contribui para que o projeto se transforme em um sistema autodesenvolvido, com um aperfeiçoamento contínuo. (Snyder *apud* Dick,1997).

Estas aprendizagens deverão ser partilhadas com a equipe e as usuárias do serviço.

A avaliação acerca dos temas que envolvem o trabalho no ambulatório, bem como do seu funcionamento e dos grupos de sala de espera é um instrumento necessário para aprimorar o serviço que será oferecido assim que o Ambulatório entrar em funcionamento.

É necessário pontuar que a metodologia precisou ser adaptada ao prazo de conclusão do curso de especialização e ao cronograma de entrega do trabalho de conclusão de curso. Não sendo possível, em função da restrição de tempo, realizar avaliação do serviço prestado, uma vez que o ambulatório será inaugurado no final do mês de março.

A avaliação acontecerá, tendo em vista sua relevância para o desenvolvimento e aprimoramento das atividades no Ambulatório. Permanecerei como voluntária neste trabalho, para complementar as ações pretendidas. Pois a meta é realizar um atendimento efetivo e humanizado às gestantes de risco, atendendo às demandas que irão surgir.

6 ASPECTOS PRÉVIOS À INTEVENÇÃO

6.1 OS PRIMEIROS PASSOS...

Toda criação tem uma história, um fundador, depende da motivação, do desejo para que possa acontecer. A ideia no âmbito do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil. Muitos problemas vinham sendo discutidos nas reuniões do Comitê. Alguns debates sobre as condições de atendimento à saúde e os problemas encontrados já vinham sendo discutidos no município antes mesmo do Comitê ser instituído. O que motivou esta ação, para a criação do Ambulatório, foi a busca de medidas que pudessem reduzir o problema da mortalidade infantil, referida anteriormente, na Introdução. A mortalidade infantil é alvo de preocupação do Ministério da Saúde, que incentivou a criação de Comitês em todos os municípios de todo, como uma estratégia de estudo e intervenções.

As preocupações e os debates tiveram lugar na primeira reunião de apresentação do Ambulatório de Alto Risco, realizada no dia 05 de janeiro de 2012, coordenada pelo Presidente do Comitê. O convite foi dirigido aos médicos obstetras e pediatras da Santa Casa e da rede de atendimento. Estavam presentes nesta reunião sete profissionais: a Coordenadora do Ambulatório de Alto Risco, médica ginecologista e obstetra, três médicos desta mesma especialidade, uma psicóloga (a pesquisadora) e o Secretário Municipal de Saúde.

A representatividade dos profissionais convidados foi ínfima em relação ao número de médicos da rede de atendimento. Sendo este um dos temas discutidos durante a reunião, referente à adesão destes profissionais ao Ambulatório. Nesta reunião foram esclarecidos os objetivos da criação do ambulatório e do esforço que será feito para diminuir os índices de mortalidade infantil.

Alguns obstetras evidenciaram problemas que enfrentam no dia a dia de seu trabalho e que dificultam a qualidade do atendimento. Foi exposta a falta de recursos básicos para a realização de exames na gestante, como aparelho Sonar estragado durante a consulta de pré-natal; a demora na marcação dos exames laboratoriais que devem ser rotineiros durante o pré-natal; o atraso do resultado desses exames clínicos; a falta de registros dos atendimentos da gestante pelo médico; a ausência

de padronização do atendimento pré-natal. Outra questão abordada foi a pouca adesão das gestantes ao acompanhamento do pré-natal.

Diante destas opiniões foram construídas algumas alternativas para minimizar o problema, como por exemplo, em relação à falta de padronização no atendimento pré-natal, a criação de um protocolo de atendimento e de encaminhamento para o Ambulatório de Alto Risco. Em relação aos equipamentos estragados, foi informado que havia um Sonar disponível para emprestar ao posto em que o Sonar não funcionava. Enfim, essa reunião possibilitou a interlocução, estabelecendo, entre os participantes, uma relação de cooperação, unindo forças na identificação de problemas, buscando alternativas para sua resolução.

A elucidação dos problemas e a seleção destes embasa as ações que irão compor o planejamento. Dagnino (2009, p.140) pontua que planejar

implica em identificar e disponibilizar os meios necessários para a ação, os diversos recursos necessários, poder político, conhecimento, capacidades organizativas, equipamentos e tecnologia e também, mas nem sempre, recursos econômico-financeiros.

A ausência de um número significativo de médicos talvez tenha ocorrido pelo curto período entre a chegada da convocação para a reunião e a data marcada (dois dias). Esta avaliação foi feita, permitindo reestruturar a próxima reunião, estabelecendo um prazo maior de dias maior entre a convocação e a data da reunião, com mais antecedência para que as pessoas pudessem se organizar. Além disso, outra estratégia foi a do Presidente do Comitê, que se propôs a visitar os postos de saúde e fazer o convite pessoalmente aos obstetras.

As constantes avaliações durante as reuniões permitem adequar e reorganizar as ações. A avaliação é uma etapa elementar e constante na formulação do plano de ação dentro da perspectiva de planejamento estratégico. Ela está presente em todos os momentos do plano, viabilizando a reorientação de estratégias para facilitar a conquista dos objetivos.

Para Dagnino (2009), o plano pode ser definido como uma construção que implica em uma estratégia e um conjunto de táticas a implementar, demandando gente capacitada para realizar e coordenar as ações planejadas a serem executadas. O planejamento só se completa na ação e este agir implica em permanente avaliação e revisão do que foi planejado.

A segunda reunião do Ambulatório, realizada no dia 30 de janeiro de 2012, foi marcada com maior antecedência, contando com os atores envolvidos no projeto: obstetra, pediatra, enfermeira, Gestor da Santa Casa, Secretário de Saúde, psicóloga pesquisadora e demais profissionais da rede de atendimento em saúde: enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogos, assistente social, agente de saúde, obstetra, bem como representantes da UNIPAMPA (Universidade Federal do Pampa).

O objetivo desta reunião foi apresentar o projeto aos profissionais da rede de saúde, divulgando ações para a melhoria do atendimento à gestante de Alto Risco, salientando a importância da articulação entre a rede de atendimento.

Entende-se por rede de atendimento à saúde um conjunto de serviços e equipamentos que se dispõe em uma região, seja ela um distrito, um município ou regional de saúde. Estes serviços promovem a saúde, numa unidade básica, num centro de atendimento psicossocial, em um hospital geral, através do conselho municipal de saúde. Porém sua implicação é maior, pois envolve a forma como cada um se relaciona, se intersecciona, se estes “nós” que ligam estão bem dados (BRASIL, 2009).

Nesta reunião constatou-se novamente a ausência dos médicos obstetras, tendo como representante desta especialidade apenas um obstetra que não permaneceu até o fim da reunião. Esta situação contradiz nossa primeira hipótese de que a ausência estava relacionada à brevidade do agendamento, denotando a falta de engajamento dos obstetras em relação ao projeto do Ambulatório.

Um ponto de discussão foi o quanto esta resistência pode estar relacionada com o fato da criação do Ambulatório provocar tensão em posturas cristalizadas no atendimento obstétrico. Havendo, portanto, a necessidade de se discutir estratégias para promover essa integração entre os referidos médicos e o Ambulatório de Alto Risco. Esta resistência contrastou com a participação de quase todos os seguimentos de profissionais da rede de saúde, reforçando a importância da articulação da rede para a melhoria do atendimento em saúde, bem como salientar as contribuições que cada seguimento pode dar a partir das interlocuções feitas na reunião. Foram constadas as expectativas dos profissionais ali presentes em relação ao início do Ambulatório e a disponibilidade em cooperar na sua divulgação. Em especial, a manifestação da coordenadora do Departamento do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA, que propôs parcerias para o projeto do Ambulatório.

Outro ponto relevante nesta etapa foi a definição dos atores sociais implicados nesta criação. Quem são estes atores? O presidente do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil de Uruguaiana, a Coordenadora do Ambulatório de Alto Risco, obstetra indicada pelo presidente do Comitê que fará o elo entre a maternidade e o Ambulatório, a enfermeira do Ambulatório de Alto Risco, representantes da administração pública municipal na pessoa do Secretário de Saúde, o Administrador do Hospital Santa Casa, e profissionais da Santa Casa - assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira da maternidade, psicóloga pesquisadora. Quando o Ambulatório estiver em funcionamento serão incluídas as gestantes de risco.

6.2 UM POUCO DE HISTÓRIA E OS PONTOS CRÍTICOS

Este subcapítulo se encarrega de trilhar o caminho percorrido antes de surgir a ideia da criação do Ambulatório de Alto Risco e será embasado na entrevista com o pediatra da UTI pediátrica da Santa Casa de Uruguaiana e Presidente do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil. Por ser este um ator principal na criação deste ambulatório.

Como tudo começou? Tudo começou com a criação do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil.

A criação do Comitê é uma diretriz do Ministério da Saúde e não uma iniciativa do nosso município. Conforme destaca o presidente do comitê, em muitos outros municípios este trabalho já foi criado e está estruturado. Em Uruguaiana, teve seu início através do Decreto 202/2011 em julho deste ano (Anexo B). O Comitê foi o principal impulso para a criação do Ambulatório de Alto Risco, pois foi a partir da sua instituição, que as idéias de criação do Ambulatório passaram a se concretizar.

A composição dos membros do Comitê ocorreu em outubro de 2011. Antes disso, muitas discussões acerca da situação da saúde, no município, vinham ocorrendo, dentro da UTI pediátrica, principalmente em relação ao índice elevado de mortalidade infantil. Este tema é uma grande preocupação do MS.

De acordo com o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009, p.50) este Comitê tem muitas atribuições específicas, tais como promover e

estimular a qualificação das informações sobre a mortalidade; e elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal. Uma das políticas municipais que está sendo realizada é a criação do Ambulatório de Alto Risco.

A mortalidade neonatal, que acontece nos primeiros 28 dias de vida do recém-nascido, tem importância muito grande devido ao alto índice de ocorrência. Assim, como a mortalidade neonatal precoce que ocorre nos primeiros 7 dias corresponde a mais de 50% da mortalidade infantil. Os índices de mortalidade têm diminuído em outras faixas, estando esta extremamente resistente. Por isto o Ministério da Saúde vem estimulando a criação dos Comitês.

Outro fator importante é a morbidade, relacionada à maneira como o bebê que foi salvo na UTI vai se desenvolver, que tipo de sequelas vai apresentar, podendo ser mais grosseiras, como paralisia cerebral, ou menos impactantes, como problemas de aprendizagem; bem como as condições que a família tem para cuidar deste bebê portador de necessidades especiais.

O Presidente do Comitê refere que, em nosso município, não há um ambulatório para atendimento específico deste bebê ao sair da UTI. Não havendo informações sobre sua evolução, a não ser quando ele faz uma nova internação. Destaca que uma UTI organizada deve ter um ambulatório especializado para atender e acompanhar estes casos. Relata que há mais de 10 anos, uma pediatra desenvolveu um trabalho de acompanhamento ambulatorial para bebês de risco. O risco definido por prematuros, bebês de baixo peso, bebês com histórico de internações, sindrômicos, entre outros. Com este atendimento, houve uma redução dos óbitos nesta faixa. Entretanto, este trabalho sofreu descontinuidade, após as eleições, com a mudança de gestão. Salaria que muitos programas e ambulatórios em atividade sofreram esta descontinuidade.

A descontinuidade de políticas públicas e dos programas de saúde coletiva em função da troca de gestão são fatores que merecem atenção: Por que não prosseguir com trabalhos que trazem benefícios à população, dando resultados? O que motiva esta desconstrução? Estariam os interesses políticos acima dos interesses coletivos? Seria a falta de conhecimento do gestor? Entre tantas indagações existe uma certeza: o prejuízo para os usuários, que ficam desassistidos, o prejuízo para os cofres públicos que investiu para a efetividade dos programas e projetos que não serão mais realizados.

Comenta que o atendimento pediátrico nos postos de saúde conta, atualmente, com três pediatras para todo o município. Este número reduzido de profissionais compromete o acesso e a eficiência do atendimento, comprometendo a qualidade da assistência em saúde. A acessibilidade ao serviço de saúde está diretamente relacionada com a eficiência.

O Presidente do Comitê aponta que o número reduzido de profissionais da pediatria na rede de atendimento, tem como motivo a falta de conexão entre a administração pública e estes profissionais, ocasionando seus desligamentos da rede pública de saúde. Para que o atendimento na rede aconteça é muito importante a consonância entre a administração, os profissionais de saúde e a população, visto que somos todos atores sociais em busca da qualidade de vida. A valorização dos profissionais pela gestão é fundamental, uma vez que este profissional sente-se satisfeito em realizar seu trabalho.

O número escasso de profissionais, de acordo com o entrevistado, aponta para uma atitude negligente da administração em relação à saúde. Uma vez que estas lacunas vêm sendo discutida há mais de cinco anos, salientando os inúmeros problemas em relação à saúde e à atenção básica.

O entrevistado relata que, assim que assumiu a presidência deste Comitê, entregou uma carta ao Secretário de Saúde “evidenciando a situação que se encontra a saúde em Uruguiana, solicitando uma série de reestruturações na área obstétrica, em toda a rede de atendimento pediátrico, a criação do Ambulatório de Alto Risco, a criação de "rotineiros"⁷ dentro da maternidade, a criação de um ambulatório que atenda e acompanhe os bebês de risco e que estes atendimentos possam estar articulados, trocando informações sobre seus pacientes em comum. A articulação. na rede de atendimento é uma das metas deste comitê devido a importância de um trabalho encadeado para atender a população com eficiência, eficácia e efetividade.

Sobre a criação do Ambulatório de Alto Risco, o entrevistado considera como ações importantes, que contribuem para suas intervenções: a análise dos óbitos na cidade, que já vem sendo feita pelo Comitê, para tentar entender o que está faltando na atenção básica, para minimizar a mortalidade e a morbidade. Esta é uma

⁷ Este termo é utilizado tecnicamente para definir uma padronização no atendimento, registros no prontuário, avaliação médica, exames.

orientação do MS, sendo este um indicador essencial para realizar um diagnóstico das condições de saúde de uma determinada região.

Outro fator importante a ser analisado são os natimortos, fetos que morrem dentro do útero ou durante o parto. Analisando os grupos de natimortos e bebês que morrem poucos dias depois do nascimento, se analisa o pré-natal e aqueles fatores de risco, fazendo uma relação com a gestação de risco. A gestação de risco ocorre por várias situações, como gestação em adolescentes, a gestação diabética, hipertensa, gestação gemelar, gestação com ameaça de abortamento, entre outras. Esta gestante precisará de um atendimento individualizado, com consultas mais freqüentes, realizadas por pessoas experientes nesta área e que estejam motivadas para este trabalho.

Obrigatoriamente estas gestantes deveriam ser procuradas, através da busca ativa. A busca ativa é definida por um procedimento de extrema relevância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo e tem por finalidade a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (BRASIL, 2005). Além disso, a busca ativa pode ser um meio de estabelecimento de vínculo entre a comunidade e os profissionais da saúde, pois estes passam a conhecer esses sujeitos e suas necessidades. Para isso, é necessária uma rede de atendimento bem organizada, com agentes de saúde em número suficiente para executar um bom trabalho. O entrevistado destaca que hoje há cerca de um décimo do número que é preciso, segundo levantamento da Secretaria de Saúde do município.

Segundo o Presidente do Comitê é indispensável para o bom funcionamento do Ambulatório de Alto Risco é a participação ativa dos obstetras, atuando em conjunto, através do encaminhamento das gestantes de risco para o atendimento neste ambulatório. Assim como auxiliando com as informações colhidas e devidamente registradas sobre sua paciente. Informações que serão muito valiosas para dar subsídios para as intervenções realizadas no Ambulatório de Alto Risco.

A participação dos obstetras no processo de criação deste ambulatório, assim como sua assiduidade nas reuniões do Comitê, merece ser comentada, caracterizando-se por uma participação muito reduzida. Esta situação ocasiona um "buraco" na rede de atendimento. Isto sinaliza para a falta de integração no trabalho, o que acarretaria em prejuízo para o funcionamento do Ambulatório e a qualidade no atendimento a esta gestante. A pouca representatividade dos

obstetras nas reuniões de apresentação do Ambulatório de Alto Risco foi evidenciada e discutida como uma das dificuldades a ser superada, como já foi mencionado anteriormente. Esta dissociação caminha no sentido contrário ao objetivo maior da criação do ambulatório que é a redução da mortalidade e da morbidade materno infantil.

A intervenção do obstetra repercute direta e intensamente nas condições de saúde da mãe e de seu bebê, evitando muitas vezes o agravo e a internação deste bebê na UTI. O trabalho em equipe deve abrir um espaço de interlocução, onde cada profissional, na sua especificidade, pode contribuir enriquecendo o conhecimento de todos com sua percepção.

O apoio da Secretaria de Saúde é fundamental para agilizar a criação do Ambulatório, com a liberação de recursos para compra de materiais necessários e para a contratação dos profissionais que realizarão o atendimento. Esta etapa às vezes é o que emperra a resolutividade, uma vez que depende de medidas burocráticas para sua execução, o tempo para a licitação, por exemplo, que extrapola o caráter emergencial. Este vem sendo um dos entraves para a brevidade da inauguração do ambulatório.

7. A INTERVENÇÃO NO AMBULATÓRIO

7.1 A HISTÓRIA CONTINUA: CONSTRUINDO O AMBULATÓRIO

Neste item são abordadas situações sobre o processo de criação do ambulatório, a partir da entrevista com a Coordenadora do Ambulatório De Alto Risco realizada no dia 26 de fevereiro de 2012.

Para a Coordenadora, a importância da criação do Ambulatório vem ao encontro da diminuição do índice de mortalidade, assim como oferecer para a gestante de risco uma melhor condição de atendimento. No pré-natal de baixo risco, na rede de atenção básica, não se consegue um atendimento mais especializado, com exames e consultas mais frequentes. A demora para marcação de consulta, levando às vezes até trinta dias, quando a necessidade é emergencial, este tempo de espera pode ser decisivo para um agravamento. Portanto o objetivo é dar este atendimento especializado para a gestante, minimizando os índices de mortalidade.

Destaca como elementos essenciais para a criação do ambulatório, a habilitação dos profissionais que vão acompanhar essa gestante, assim como sua motivação e comprometimento. “Tem que vestir a camiseta, pois no trabalho com o SUS existem muitos obstáculos.” Referindo-se a agilidade na liberação de recursos, bem como no retorno financeiro. O segundo elemento essencial que destaca é o apoio da administração do Hospital que estamos tendo, o apoio da Secretaria de Saúde na liberação de recursos materiais. O trabalho da equipe, pois sozinho não se consegue atingir os objetivos. Nesse sentido, a equipe está totalmente engajada no projeto. “Todo mundo de mãos dadas é o que faz com que a coisa aconteça.” Esta fala remete à importância do comprometimento de cada um neste processo de construção. Onde cada um é ator e compõe conjuntamente a cena para que o espetáculo da vida seja promovido. Médicos, gestores, enfermeiro, psicólogo, assistente social, usuários, nutricionista, fisioterapeuta, todos unindo seus esforços, produzindo conhecimento no fazer diário e aprendendo com esta troca de conhecimento. “Os atores não são pessoas consideradas de modo individual. São grupos relativamente homogêneos que dispõem de uma capacidade de expressão e de ação...” (Thiollent, 2009, p.87).

Quem são atores sociais implicados no início desta criação? O presidente do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil de Uruguaiana, a Coordenadora do Ambulatório de Alto Risco, obstetra indicada pelo presidente do Comitê, obstetra que fará o elo entre a maternidade e o ambulatório, a enfermeira do Ambulatório de Alto Risco, administração pública, representada pelo secretário de saúde, o Administrador do Hospital Santa Casa, que os profissionais da Santa Casa: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira da maternidade, psicóloga pesquisadora acompanhando o processo de criação do ambulatório, colaborando com a capacitação para um atendimento humanizado. Quando o Ambulatório estiver em funcionamento, serão incluídas na cena, as gestantes de risco.

De acordo com a avaliação da Coordenadora do Ambulatório de Alto Risco, se a criação do Ambulatório dependesse somente da vontade das pessoas, o ambulatório já estaria funcionando desde janeiro. Se dependesse somente da boa vontade de trabalhar e de fazer, mas infelizmente tem um impasse que é a estrutura física do ambulatório que não tínhamos. Se tivéssemos uma sala pronta, o material pronto, pela disponibilidade do recurso humano, já estaríamos funcionando. O que está faltando é a questão estrutural, que implica na questão de liberação de verbas para compor os recursos materiais, pois a dificuldade é conseguir uma verba no ato. Este projeto é recente e o tempo para compor esta estrutura física, pelo processo licitatório, não acompanha a urgência para seu início. Outra dificuldade foi a época em que o projeto começou a ser estruturado, justamente no período de final de ano, dificultando a liberação financeira. Isto pode justificar a demora na conclusão do processo.

Assim como foi pontuado anteriormente, uma das preocupações que envolvem o funcionamento do ambulatório é a falta de participação dos obstetras nas reuniões de divulgação do projeto do ambulatório. Diferente dos demais profissionais da saúde que participam das reuniões e estão se engajando no processo. A articulação dos diferentes profissionais da saúde é imprescindível para o bom funcionamento do Ambulatório de Alto Risco. Sendo assim, a participação dos obstetras através do encaminhamento das gestantes de risco para o ambulatório, com as informações e os registros do acompanhamento pré-natal dessas pacientes é determinante para que objetivo do ambulatório seja alcançado que é proporcionar um atendimento especializado, minimizando o risco. Pois são estes profissionais que trabalham na maternidade é que vão diagnosticar a situação

de risco é que acompanham as gestantes, tratam durante a internação hospitalar e irão realizar o parto. Diante disso, como é possível pensar que o atendimento desta gestante possa estar dissociado do ambulatório? Esta articulação deverá ser construída. Nesta construção, terão que ser quebradas muitas barreiras, entre elas, a dissolução do trabalho individualizado e a implantação de um trabalho em equipe, mais humanizado e padronizado com uma rotina.

A Coordenadora destaca que a obstetra que também compõe a equipe, trabalhará, fazendo plantões na maternidade e poderá ser a ponte entre a maternidade e o ambulatório. Outra dificuldade é justamente a demora da inauguração do ambulatório e este tempo de espera, gerado por questões burocráticas, porém necessárias. A primeira data prevista foi início de janeiro, depois meados de fevereiro, meados de março e a data definitiva está para ser confirmada para o fim de março.

Estes adiamentos ocorreram, principalmente pela demora na liberação de recursos financeiros para iniciar as reformas para acolher o ambulatório e para a compra de material específico para os atendimentos.

Uma situação destacada pela Coordenadora é que a gestante que não faz o pré-natal e chega à maternidade em estado grave. Este grupo de gestantes precisa ser mapeado, pois se não faz o pré-natal, não vai haver o diagnóstico de risco e não terá o encaminhamento para o ambulatório, internando em situação mais grave ainda. O desafio será buscar essas pacientes, trazendo-as para a consulta. Porém na rede de atendimento, contamos com um número reduzidíssimo de agentes de saúde.

A Coordenadora sugeriu uma parceria com a UNIPAMPA, com o curso de enfermagem, onde os estudantes possam realizar este trabalho. Conhecendo a gestante, cartografando a comunidade onde vive e traçando um perfil dela e sua situação de risco, faixa-etária e as informações que enriqueçam este estudo de campo. Estas parcerias, com a comunidade acadêmica, promovem a construção do saber, saber que é circula entre estudantes, profissionais e o objetivo principal de todo trabalho que é o usuário.

Percebe-se que neste movimento de implantação e diante das lacunas que o SUS não consegue dar continência, a criatividade dos profissionais envolvidos, buscando alternativas para solucionar as dificuldades e ir em frente, escolhendo caminhos diferentes. Atitudes assim fazem a diferença, para que a dificuldade não

se torne um impedimento e sim, instigue posturas e ações desafiadoras na busca do atendimento mais humanizado e de qualidade.

7.2 A INSERÇÃO DO AMBULATÓRIO NA SANTA CASA

Neste item são apresentadas as informações obtidas junto ao Administrador da Santa Casa.

De acordo com o Administrador, a visão que a Santa Casa tem em relação ao serviço do Ambulatório de Alto Risco pode ser dividida, na questão humana, ou seja, na questão dos atendimentos e a questão financeira, pois é necessário ver isso como um negócio.

O hospital possui uma unidade de maternidade e uma UTI pediátrica. Ainda não há, na região, atendimento para gestante de alto risco. Na verdade, a gestante de alto risco acaba sendo atendida na Maternidade da Santa Casa e a instituição não possui habilitação para tal. Outro detalhe é que não se reconhece a gestante de alto risco. Ela já chega em situação de parto e o tempo é muito curto para fazer o transporte desta gestante para uma central de referência. Então, o parto é realizado na Santa Casa, com a disponibilidade dos profissionais e com os riscos que podem decorrer. Na medida em que o Ambulatório de Alto Risco é criado por nós, em primeiro lugar, começamos a selecionar as pacientes, tendo uma grade dos clientes, tendo uma previsão do que será encontrado de alto risco pela frente. Para a organização para identificar se é necessário fazer contato com o centro de referência. Desta maneira, tudo isso começa a facilitar, pois a equipe é preparada para esse atendimento específico.

Nessa questão que o Administrador traz, é fundamental valorizar o conhecimento de cada situação para adequar o atendimento, a cada vida, a cada história, a cada necessidade. A gestante passa a ter que fazer o pré-natal, a ser responsável pela sua qualidade de vida, buscando-a nos atendimentos. Nos registros de atendimento temos um percentual muito alto de pacientes que chegam até a Santa Casa e que fizeram somente uma consulta ao longo de todo período de gestação. Caracterizando um pré-natal deficitário que não contempla informações e

procedimentos necessários para tratar com o alto risco. Não se sabe exatamente o porquê é tão deficitário e onde está o problema disso.

Entretanto, podemos pensar em algumas questões, como a situação da gestante que vai fazer o pré-natal e não consegue agendar em tempo hábil, não consegue o médico, não consegue o exame, o aparelho está estragado, dificultando o acesso. Ou consegue, mas não acredita naquele atendimento, naquele pré-natal e não volta. O saber do médico ocupa um lugar de descrença e concorre com o saber popular, da múltipara que pela repetição, acha que sabe, banaliza a situação, por vezes de risco.

O que se destaca é o acesso, à medida que se tem o acesso e um atendimento de qualidade, as outras questões podem ir sendo desmistificadas, pois passa a ser oferecido um acompanhamento. É neste momento que entra o Ambulatório de Alto Risco que funcionará dentro de uma carga horária ideal, para este atendimento, uma equipe multidisciplinar onde essas mães serão atendidas na sua totalidade. O objetivo é transformar esse atendimento, dando gosto para essa gestante de ser atendida na sua integralidade, percebendo o que é realmente esse pré-natal. Quando a mãe receber este atendimento, poderá vivenciar sua importância na promoção e prevenção de sua saúde e da saúde de seu bebê. Como consequência disso há o reconhecimento do Ambulatório de Alto Risco. A tendência é ter uma multiplicação destas pacientes.

À medida que este Ambulatório passe a ser reconhecido pela comunidade, será necessário um trabalho de triagem para direcionar o atendimento para a clientela de risco e a gestante dita normal deverá ser encaminhada novamente para a rede de atendimento que deverá acolher sua demanda. Este reencaminhamento deverá ser realizado com atenção e cuidado para que esta usuária não se sinta desassistida, uma vez que o ambulatório não terá estrutura para atender tudo isso. Nesse sentido é fundamental que a rede de atendimento esteja articulada, prestando o serviço de atenção básica nos postos de saúde.

O Administrador destaca que o ambulatório de Alto Risco também se enquadra na atenção básica, entretanto sua unidade estará dentro de uma instituição hospitalar. Então por que o hospital abre suas portas para esse atendimento? Pelo primeiro motivo que já foi mencionado que é o de conhecer essa mãe que chega para realizar o parto e minimizar os riscos e os índices de mortalidade do município e o segundo que envolve a implantação da UTI neo-natal que atenderá

os bebês de risco. Conhecendo a história da mãe, fica mais fácil identificar e tratar desse bebê. Pois na medida em que ocorre o nascimento a instituição tem dois pacientes para cuidar. Essa assistência ao bebê recém nascido que necessita de tratamento intensivo é atualmente exercida pela UTI pediátrica, uma vez que a UTI neo-natal está sendo estruturada. O atendimento oferecido ao recém nascido está adaptado, por isso há riscos, pois não está totalmente adequado para aquele atendimento. Embora a equipe seja qualificada e realizar muito bem seu trabalho, mas há riscos pela inadequação.

De acordo com a literatura, o atendimento a gestantes de risco não está situado na rede de atenção básica.

Conforme o MS, destacado no Portal da Saúde, o modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Por tecnologia de baixa densidade fica subentendido que a atenção primária inclui um rol de procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Por outro lado, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média e alta complexidade em saúde conforme se segue.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O atendimento de alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). O serviço de saúde

prestado à gestante de alto risco enquadra-se no atendimento de média e até alta complexidade.

A complexidade do atendimento passa a ser maior e deve ser qualidade e humanizado. Como oferecer a partir do nascimento o acesso à amamentação, que o bebê possa permanecer junto à mãe, incentivando o vínculo desse binômio. Pensando nisto temos outro projeto em andamento que é a Casa da Gestante que vai trabalhar com o parto humanizado e o fortalecimento deste vínculo.

Com esta estrutura física montada: Maternidade, Ambulatório de Alto Risco, UTI neo-natal, Casa da Gestante, este aparato pode trazer a habilitação de atendimento à gestante de alto risco e é disponibilizada uma verba maior para esse atendimento. Do ponto de vista financeiro a garantia desse recurso facilitaria o aprimoramento dos recursos materiais, realizando investimentos diferenciados, nestanova linha de trabalho. Esta reimplantação é mais fácil, pois tendo o recurso financeiro, basta fazer o projeto e realizá-lo.

Conforme o Administrador, o mais difícil é a mudança de atitude de como vamos trabalhar a proposta de humanização, pois depende de uma conscientização, isto implica numa questão cultural em relação à postura dos obstetras e dos pediatras. Tem que ter, obrigatoriamente, no momento do parto, a assistência de um pediatra, para fazer o acolhimento deste recém nascido. Depois que este binômio estiver junto, o atendimento do pediatra e do obstetra deve ocorrer no quarto, sem retirar o bebê de perto da mãe. E todas as avaliações e orientações são realizadas ali. De acordo com o modelo atual, para receber o atendimento os bebês são retirados do quarto e das mães e levados para uma célula e lá são feitos todos os exames nestes bebês. Quando o bebê volta para quarto é que o pediatra orienta a mãe, se for necessário. Ou seja, esta é uma forma que deve ser modificada para seja estimulada a relação mãe bebê, oportunizando o alojamento conjunto, dentro desta proposta humanizadora. Mesmo que haja esta determinação do SUS e da própria administração do hospital, se não houver a conscientização e o engajamento dos médicos, isto não irá ocorrer.

A estrutura pode estar pronta modernizada, mas para que aconteça a humanização, é imprescindível modificar o modelo que esta aí. E isto para o Administrador parece ser o mais difícil, pois é desacomodar uma prática realizada da mesma forma há muitos anos.

Conforme o Administrador, há duas maneiras de trabalhar com esta mudança: uma delas é contarmos com os profissionais que possuem esta qualificação, que reconhecem a importância deste novo modelo por ser o ideal para o atendimento e querem desenvolvê-lo em suas práticas. E por meio da vivência de experiências de ver o outro fazer e começar a fazer, pela conscientização. E a outra maneira, que é uma das ideias de se trabalhar, infelizmente, é “conscientização pelo bolso”. Aqueles profissionais que contribuem para o projeto, são remunerados de forma diferente. E aqueles que não aderem suas práticas ao projeto não recebem esta diferença. Mas isto não pode durar por muito tempo. Esta é uma forma paliativa de induzir esta educação. A forma de forçar este novo modelo e, por conseguinte, esta mudança através de remuneração é séria, porque se não houver na instituição a totalidade de atendimentos dessa forma, a habilitação é perdida, através da auditoria. Se houve um credenciamento para realizar um atendimento desta forma, e isto não acontece, a instituição perde. A diferença de remuneração vem dar conta disso. Se o profissional entende que deve receber mais, por que o atendimento é diferenciado, ele deve atender de forma diferenciada. Então esses vão ser os dois caminhos que a Santa Casa vai ter para essa conscientização.

Hoje se discute com os obstetras a importância da presença do pai ao lado da mãe no momento do parto. E existe uma resistência muito grande em relação a isto. Os profissionais não querem esta terceira pessoa envolvida na sala de parto. Então é necessário mostrar a importância dessa forma de trabalhar, havendo troca de experiências com profissionais que já vivenciaram estes projetos e reconhecem a importância desta maneira de atender, em relação à mãe, que começamos a fazer um trabalho de conscientização junto a esses profissionais. O que o profissional coloca como um empecilho na execução de seu trabalho, pode ser experimentado como um facilitador na situação de parto, pela segurança que pode trazer à mãe. Trata-se de romper as resistências e experimentar algo novo, promovendo uma mudança no seu fazer profissional.

As diretrizes do SUS propõem essa mudança e para isso é necessário um trabalho de aperfeiçoamento destes profissionais, através de capacitações, para construir novos conceitos.

Existem muitas estruturações e (re) estruturações ocorrendo em nome de qualificar e humanizar o atendimento em saúde, além da criação do Ambulatório de Alto Risco.

Sobre o processo de criação do Ambulatório de Alto Risco o Administrador refere que este é um momento bem complicado, pois trata-se de um ano eleitoral e como ele é um serviço de atenção básica é vinculado à prefeitura e o ano eleitoral é um ano que gera mais perguntas do que respostas. Pois os projetos que tem que ser desenvolvidos, sempre passam pelo questionamento se haverá impasse pela questão eleitoral, restringindo-os. A consequência disso é a própria descontinuidade de determinados programas e projetos em função da troca de gestão.

O hospital por ser simplesmente o gestor deste serviço de administração do Ambulatório, fez a relação de materiais para a Secretaria de Saúde e isto tem passar por um processo de licitação, ocasionando uma demora natural em relação a estes pedidos. Além deste fator o período de fim de ano, seguido de carnaval somou para nos atrapalhar no andamento desta atividade.

Para minimizar esta demora, o hospital resolveu fazer diferente, o investimento da implantação física partirá do hospital e depois que a verba for liberada, a prefeitura ressarcirá os investimentos realizados. Esta ideia livra a execução do projeto do engessamento, causado pela normatização burocrática. Entretanto esta tentativa de solucionar remete a um problema de gestão, uma vez que esta forma de ressarcimento não está prevista em lei. É necessário que haja disponibilidade, comprometimento e criatividade para encontrar novos caminhos para agilizar o processo.

O maior impasse, destacado pelo entrevistado em relação à criação do ambulatório, é a seleção das pacientes de risco, padronizando os critérios para esta seleção. Será necessária a capacitação dos profissionais que estão nos postos para identificar estas pacientes para que nossa clientela seja somente as pacientes de alto risco. A preocupação é que chegam no ambulatório de alto risco, pacientes que não são de risco, causando um impacto no atendimento, tendo que negar aquele atendimento. Esta situação não se coaduna com o trabalho humanizado.

Conforme opinião do Administrador, os elementos essenciais para esta implantação funcionar como um todo é trazer para dentro desta estrutura as duas equipes médicas: pediatras e obstetras. Mesmo que a estrutura física não seja perfeita o serviço pode ser bem feito à medida que haja um envolvimento de todas as pessoas para desenvolver este trabalho da melhor maneira possível.

O desafio está em romper com determinados padrões de atendimento, dando lugar a abordagens mais adequadas para a qualificação do atendimento como a valorização do trabalho em equipe, promovendo a interdisciplinaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O registro deste trabalho se encerra neste momento, antes da abertura do Ambulatório de Alto Risco que está prestes a ser inaugurado. Esta abertura é o começo da prática das ideias construídas pela equipe, constituindo o jeito de trabalhar no dia a dia. Assim como intervenções a ser desenvolvidas por cada especialidade na busca de um atendimento mais qualificado e humanizado.

Os atores envolvidos no processo estão muito implicados para que este Ambulatório inicie, criando estratégias para superar os impasses da burocracia. Esse desejo, essa motivação marca a diferença para que os projetos se concretizem. E existe uma mobilização intensa de todo este lado humano, trazendo vida e energia para este trabalho que inicia.

As reuniões sobre o projeto do ambulatório foram determinantes para que as ideias e opiniões fossem postas e para que os impasses fossem identificados. O conhecimento construído deu suporte ao plano de ação e às mudanças necessárias deste plano. Assim como fez com que os atores atingissem uma consonância nas suas posturas e nas suas avaliações. Esta consonância tornou-se evidente nas situações de entrevista em que apareceram percepções semelhantes sobre a avaliação do processo de criação do ambulatório, como também as dificuldades que virão pelo caminho. E sobre estas os atores já vem discutindo estratégias. Nesses encontros e nessa forma de se comunicar, o trabalho se fortalece e se qualifica. E estes encontros devem continuar.

Como foi dito no início, os registros deste trabalho se encerram nestas linhas, mas as reflexões realizadas, o conhecimento construído continuarão fazendo eco nas práticas de atendimento, na capacitação dos profissionais, na relação com as gestantes, na integração do trabalho, na implantação do grupo de sala de espera que espera a abertura do Ambulatório de Alto Risco para acontecer .

REFERÊNCIAS

BERKOW, Robert. **Manual Merck**: edição da saúde para a família. Tradução de Ana Nunes *et al.* Portugal: Oceano grupo Editorial. Adaptado para internet por Trace-Soluções Informática e de Internet [2009]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=270>. Acesso em: 20 dez 2011

BEZERRA Júnior B, Plastino CA, organizadores. **Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001.

BIGUELINI e GUERRA Giziele e Lisiele. Artigo: **Perfil da Mortalidade Infantil no Município de Uruguaiana/RS**. Período de 2005 a 2009. Uruguaiana. 2010.

BRASIL. **Manual Técnico de Gestão de Alto-Risco**. Ministério da Saúde. 2000. 164p Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_alto_risco.pdf > Acesso em: 20 dez. 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6 ed. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. 2005.

BRASIL. **Série Pactos pela Saúde**. V.4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. 2006. Disponível em:< [HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf) > Acesso em 27 fev. 2012.

BRASIL.**Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2008. Disponível em: < <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/> > Acesso em 20 dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: Redes de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2009. Disponível em:<[HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)> Acesso em 27 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**.2009.Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=432240&NomeEstado=RIO GRANDE DO SUL>Acesso em 20 dez. 2011.

CAMON, V. A. (org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

CARVALHO, Kleumar Brasil de. A atuação do psicólogo no suporte ao doente, família e equipe multiprofissional no processo da humanização hospitalar. IN: Psicópio: **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, Fev-Jul 2008, Ano 4, n.7. p. 14- 22.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento Estratégico Governamental**. Brasília, 2009.

FERNANDES, Luciana Freitas. **Perspectivas da Psicologia no campo do transplante renal**. IN: LAGE, Ana Maria Vieira e MONTEIRO, Kátia Cristiane Cavalcante (orgs.).

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2010. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Uruguaiana>. Acesso em: 20 jan 2012

IVANCKO, Silvia Martins. **E o tratamento se inicia na Sala de Espera...** IN: ANGERAMI- CAMON, V. A. (org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

JAPUR, M.; BORGES, C. C. **Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado.** Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2008. Jan-mar; 17(1): 64-71.

MALDONADO, M. T.; HALLAL, R. C. Grupos de Sala de Espera. São Paulo, **Revista Femina Febrasgo**, p. 378 a 381, maio de 1981.

MELLO Filho J, Pereira AP, Escobar ACS, Villwock CAS, Werutsky CA, Barros CASM, et al. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

MELLO FILHO, J. et al. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** Porto Alegre: ARTMED, 2000.

MANUAL MERCK: edição da saúde para a família. **Gravidez de alto risco.** [2009?]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=270>. Acesso em: 20 dez 2011.

MIYAZAKI, M.C.O.S. et al. **Health psychology: extended community services, education and research.** Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez 2011.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia Teoria e Prática.** 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; 596 p.

PORTAL DA SAÚDE. **Humaniza SUS.** 2003. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342> Acesso em 20 dez. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de retroalimentação e acompanhamento.** 2009. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=408>> Acesso em: 20 Dez. 2011.

RODRIGUES, Andréia Dornelles. **Sala de Espera: Um ambiente para efetivar a educação em saúde.** 2009. Número 007/07/ Artigo Disponível em: <www.reitoria.uri.br/~vivencias/13.htm> Acesso em: 20 dez. 2011.

ROCHA, Marisa Lopes. **Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento.** UERJ. Revista Psico. [online]. Vol. 37, N. 2. PUCRS, maio/ago. 2006. p.169-174.

SALTO, Maria Cristina Elias. **Da Espera ao Encontro Na Sala de Espera com Pacientes Oncológicos Um Processo De Intervenção E Promoção De Saúde.** 2000. Artigo disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/>>. Acesso 20 dez. 2011.

SANTOS;PEREIRA;FORTES;LUSTOSA, Amanda; Andressa Paula; Patrícia. **Construções Subjetivas por Cuidadores de Indivíduos em Hemodiálise: Relato de Experiência.** Artigo disponível em: www.abrapso.org.br Acesso em 20 dez. 2011.

DICK, B. **The Snyder evaluation process.** (1997) disponível: <<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/snyder.html>>. Acesso em 20 jan. 2012.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.** Texto & Contexto Enfermagem, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas organizações.** São Paulo: Atlas, 2009.

VAITSMAN, J & ANDRADE, GRB. **Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência.** Ciência & Saúde Coletiva. 10 (3):599-613, 2005.

VERISSIMO, D. S.; VALLE, E.R.M. **Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático.** Rev. SPAGESP. [online]. dez. 2005, vol.6, n. 2 [citado 11 Outubro 2008], p.28-36. Disponível em <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/>>.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. **A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares.** Psicologia Argumenta/pontifica Universidade do Paraná. Curitiba: Champagana – v. 24. n. 45, Junho de 2006

ZIMERMAN . Osório LC. **Como trabalhamos com grupo.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A– ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO

APÊNDICE B– ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE DE URUGUAIANA.

APÊNDICE C– ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O ADMINISTRADOR DA SANTA CASA.

APÊNDICE D– ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE DE URUGUAIANA.

APÊNDICE E- QUADRO DAS DATAS DE ENTREVISTAS.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA

Com o médico pediatra, Presidente do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade materno-infantil

Quais foram os motivos para a criação do Comitê sobre a mortalidade materno-infantil?

Que medidas foram planejadas em relação a este problema?

Qual a importância da criação do Ambulatório do Alto Risco?

Que elementos são considerados essenciais para a implantação do Ambulatório de Alto Risco?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA

Com a médica ginecologista e obstetra, Coordenadora do Projeto do ambulatório de Alto Risco

Qual a importância da criação do Ambulatório do Alto Risco?

Que elementos são considerados essenciais para a implantação do Ambulatório de Alto Risco?

Na sua avaliação, como está ocorrendo o processo de implantação do Ambulatório? Existiram facilidades e dificuldades neste processo?

Que medidas de intervenção serão realizadas no atendimento do Ambulatório de Alto Risco?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA

Com o Secretário de Saúde

Qual a importância da criação do Ambulatório do Alto Risco?

Que elementos são considerados essenciais para a implantação do Ambulatório de Alto Risco?

Que medidas de intervenção serão realizadas, pela secretaria de saúde, no atendimento do Ambulatório de Alto Risco?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA

Com o Administrador da Santa Casa

Qual a importância da criação do Ambulatório do Alto Risco?

Que elementos são considerados essenciais para a implantação do Ambulatório de Alto Risco?

Que medidas de intervenção serão realizadas, pela Santa Casa, no atendimento do Ambulatório de Alto Risco?

APÊNDICE E—QUADRO DAS DATAS DE ENTREVISTAS

CARGO	ESPECIALIDADE	DATA DA ENTREVISTA
Presidente do Comitê	Médico Pediatra	26.02.2012
Coordenadora do Ambulatório de Alto Risco	Médica Ginecologista Obstetra	28.02.2012
Administrador da Santa Casa	Administrador Especialista em Gestão Hospitalar	29.02.2012
Secretário de Saúde	Administrador	02.03.2012 (desmarcada)

ANEXOS

ANEXO A – PROJETO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO

ANEXO B – DECRETO 202/2011

ANEXO A – PROJETO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO

PROJETO AMBULATÓRIO ALTO RISCO SECRETARIA MUNICIPAL DE URUGUAIANA HOSPITAL SANTA CASA

**MD RITA DE CÁSSIA FOSSATIEVALDT
GINECOLOGISTA E OBSTETRA**

JUSTIFICATIVA

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo sua evolução acontece, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que a maioria das gestações começa, evolui e termina sem complicações: são as gestações de baixo risco. Outras, contudo, já iniciam com problemas ou eles surgem durante o seu transcurso e apresentam maior probabilidade de desfechos desfavoráveis tanto para o feto como para a mãe, esta parcela é a que constitui o grupo denominado gestantes de alto risco.

O objetivo da assistência pré natal é monitorar o bom andamento das gestações de baixo risco e identificar adequada e precocemente quais pacientes têm maior chance de apresentar uma evolução desfavorável. A triagem das gestantes com risco pré-natal deve ser realizada continuamente durante toda assistência pré-natal.

É necessário garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, dedicando atenção especial a estas gestantes portadoras de doenças que podem agravar durante a gestação.

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, a maioria das mortes que surge durante gravidez, parto e puerpério são preveníveis. As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns

casos também podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada. Como exemplo, uma gestante tabagista que poderia apresentar complicações durante a gestação, principalmente em relação a criança, poderá ser manejada no nível primário, por intermédio de medidas educativas que visem a cessação do hábito de fumar. Por outro lado, se essa mesma gestante desenvolve problemas como uma restrição grave do crescimento fetal, deverá ser assistida em um nível mais complexo de assistência.

As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados.

Assim, o controle pré-natal da gestante sem problemas poderá ser diferente daquela que apresenta problemas, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta a assistência.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e identificação dos problemas de forma a poder atuar de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

Uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

Marcadores de riscos gestacionais presentes anteriormente à gestação

Fatores de risco que podem surgir no decorrer da gestação

Uruguaiana é uma cidade localizada na região da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, com uma população estimada de 127 mil habitantes e é considerada a maior cidade da região oeste do estado. Sua extensão territorial é de 5.452 Km², a 634 km da capital do estado. Quanto aos serviços de saúde, o município dispõe de um Hospital Geral, Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, cujo atendimento materno infantil é composto de 32 leitos para atendimentos obstétricos, 12 leitos neonatais, 2 leitos UTI pediátrica. Ainda conta com 18 Unidades Básicas de Saúde, dentre estas, 2 unidades como PSF.

Estudos realizados nos últimos anos mostram que o índice de mortalidade infantil em Uruguaiana não diminuiu significativamente, permanecendo ainda como uma questão relevante de saúde pública.

OBJETIVOS

- O presente projeto tem como objetivo principal estruturar o ambulatório de referência para as gestantes de alto risco;
- Capacitar profissionais para triagem das gestantes no pré-natal de baixo risco;
- Aumentar número de agentes de saúde comunitários (conforme índices preconizados pelo ministério da saúde)
- Elaborar protocolos de atendimento do pré-natal tanto de baixo risco quanto de alto risco;
- Criar grupos multidisciplinares para atendimento das gestantes de risco

EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

- *Curso para Gestantes:*

Profissionais responsáveis:

Assistente Social: Daniele
Enfermeira: Luciana Pansiera

Objetivos:

Palestras e cursos para as gestantes e seus parceiros com o objetivo de humanizar o parto, melhorar o vínculo com o serviço. Tirar dúvidas com as gestantes, promover debates entre as gestantes sobre suas doenças.

- *Sala de espera*

Profissional responsável:

Psicóloga: Chérída Galdino

Objetivos:

Implementar grupos de sala de espera com as gestantes do ambulatório, com proposta de interdisciplinaridade, para tratar de temas relativos à sua saúde, buscando com este trabalho um atendimento mais humanizado.

- *Atendimento Psicológico*

Profissional responsável:

Psicóloga: Alexandra Mascia

Objetivos:

Atendimento psicológico para as pacientes.

- *Consulta de Enfermagem*

Profissional responsável:

Enfermeira: Luciana Pansiera

Objetivos:

Consulta de enfermagem para nova triagem e avaliação do protocolo de alto risco, solicitação de exames, exame físico especializado e agendamento com obstetra responsável pelo ambulatório de alto risco. O agendamento da gestante de alto risco para os grupos multidisciplinares também será feito pela enfermeira.

- *Consulta Assistente Social*

Profissional responsável:

Assistente Social: Daniele

Objetivos:

Apoio as equipes na busca ativa das gestantes faltosas, apoio aos problemas sócias ajudando diretamente a psicóloga.

- *Grupo fisioterapia*

Profissional responsável:

Fisioterapeuta: Ana Paula K. Ruaro

Objetivos:

Criar grupo de gestantes para parto humanizado, realizar um trabalho fisioterápico para um parto normal humanizado.

- *Consulta Nutricional*

Profissional responsável:

Nutricionista: Soneli

Objetivos:

Criar um ambulatório de nutrição para atendimento de gestantes obesas, sobrepesos, diabéticas e hipertensas que necessitam de orientação nutricional.

Além destes profissionais também contaremos com a equipe de profissionais do hospital como cirurgião geral, neurologista, clínicos gerais, UTI adulto, cardiologista, laboratório, e outros que eventualmente teremos que pedir consultorias.

CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA TRIAGEM DO PRÉ NATAL ALTO RISCO – FASE 1 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO GESTANTES

Cada unidade básica de saúde deve identificar a sua população e o número de gestantes, bem como a frequência do pré natal. A partir deste ponto as unidades com carência de profissional ou material para qualquer função deve descrever para que seja solucionado o problema. Precisamos identificar a gestante para então saber se ela é de alto ou baixo risco. Hoje o número de gestante que chega na maternidade sem pré natal é muito grande e medidas para isto diminuir têm que serem adotadas.

FASE 2 IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO TEÓRICO DAS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O objetivo desta fase não é de forma alguma avaliar no sentido pejorativo e sim identificar carências para direcionar melhor a capacitação. Com certeza alguns tópicos importantes serão repassados mais de uma vez dada sua importância porém é muito válido saber qual o ponto mais deficiente no conhecimento de cada profissional. A avaliação será de forma individual realizada na unidade básica e o resultado somente será divulgado para o próprio profissional e depois discutida com todos em sala de aula.

FASE 3 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS – AULAS QUINZENAS REALIZADAS NA SECRETARIA DE SAÚDE

INÍCIO PREVISTO PARA 16/03/2012 HORÁRIO 9:30 TÉRMINO 12:00(Sexta)

16/03/2012 – Assistência pré natal 1/Protocolo alto risco

30/03/2012 – Assistência pré natal 2/Protocolo alto risco

13/04/2012 – Assistência pré natal 3/Protocolo alto risco

27/04/2012- Assistência pré natal 4/Protocolo alto risco

11/05/2012- Assistência pré natal 5/Protocolo alto risco

25/05/2012- Assistência pré natal 6/Protocolo alto risco

01/06/2012- Pré- eclampsia

15/06/2012- Trabalho de parto prematuro

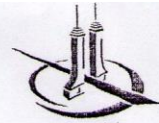
29/01/2012- Ruptura prematura de membranas

13/07/2012-Abortamento

27/07/2012- HIV e gestação

ANEXO B - DECRETO 202/2011

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA
PALÁCIO RIO BRANCO

**DECRETO N.º 202/2011.**

Institui o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil no município de Uruguaiana.

O PREFEITO MUNICIPAL DE URUGUAIANA, no uso de suas atribuições legais, nos termos do artigo 30, inciso I, alínea "b", da Lei Orgânica do Município,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL no município de Uruguaiana/RS.

Art. 2º Compete ao Comitê Municipal:

- I - divulgar informações sobre medidas de prevenção à mortalidade materna e infantil, como forma de conscientizar a população;
- II - reunir dados levantados em âmbito municipal, promovendo avaliações contínuas nos índices de mortalidade materna e infantil e dos fatores que as provocam;
- III - elaborar relatório analítico semestral e anual;
- IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Art. 3º O Comitê Municipal será composto pelos seguintes membros:

I - membros natos:

- a) representante do Programa Saúde da Criança;
- b) representante do Programa Saúde da Mulher;
- c) representante da Vigilância Epidemiológica;
- d) representante da Estratégia de Saúde da Família;
- e) representante do Programa Primeira Infância Melhor;
- f) representante do Departamento de Auditoria, Avaliação e Estatística – DAAE.

II - membros indicados:

- a) representante do Conselho Municipal de Saúde;
- b) representante do Conselho Tutelar;
- c) representantes do Hospital da Santa Casa de Caridade:
 1. enfermeira da Maternidade;
 2. enfermeira da UTI Pediátrica;
 3. médico Pediatra;
 4. médico Gineco-obstetra.

Art. 4º O detalhamento das competências do Comitê Municipal, bem como suas condições de funcionamento serão determinados em Regimento Interno a ser elaborado no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, após a posse dos membros conselheiros.

Parágrafo único. O Regimento Interno será homologado por ato próprio do Poder Executivo.

Art. 5º A Secretaria Municipal de Saúde – SMS incumbir-se-á de dotar o Comitê de estrutura administrativa necessária ao seu funcionamento.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, em 5 de julho de 2011.

Sanhotene Felice
Sanhotene Felice,
Prefeito Municipal.

Francisco Robalo Fernandes
Francisco Robalo Fernandes,
Secretário Municipal de Administração.