

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO EM SAÚDE – PDG SAÚDE**

RUBENS CESAR FERNANDES ECHEVERRIA

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DA LINHA
DE CUIDADOS PARA GESTANTES NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE**

Porto Alegre, 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO EM SAÚDE – PDG SAÚDE**

Rubens Cesar Fernandes Echeverria

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS
PARA GESTANTES NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de
Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG
Saúde, Escola de Administração, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof^a. Maria Ceci Misoczky

Porto Alegre, 2004

AGRADECIMENTO

Meus agradecimentos a minha orientadora Prof^a. Maria Ceci Misoczky, à Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde, à equipe do Programa de Saúde da Mulher e às gerências regionais dos distritos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre.

SUMÁRIO

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	06
2 REVISÃO TEÓRICA	08
2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	08
2.2 MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS EM SAÚDE.....	11
2.3 ANÁLISE DA VIABILIDADE.....	12
3 OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
4.1 ETAPA EXPLORATÓRIA.....	16
4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	16
4.2.1 Utilização de documentos.....	16
4.2.2 Entrevista estruturada.....	17
4.2.3 Observação sistemática.....	17
4.2.4 Análise dos dados.....	17
5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	19
5.1 ETAPA EXPLORATÓRIA.....	19
5.2 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	21
5.2.1 Análise de documentos escritos oficiais.....	21
5.2.1.1 Portaria Nº 569/GM, de 1º de junho de 2000.....	21
5.2.1.2 Portaria Nº 570/GM, de 1º junho de 2000.....	22
5.2.1.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN.....	23
5.2.1.4 Termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	24
5.2.1.5 Prestação de contas do Programa Saúde da Mulher 4º trimestre do 2003 – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	26
5.2.1.6 Considerações relevantes sobre a análise dos documentos escritos oficiais.....	27
5.2.2 Observação sistemática.....	28
5.2.2.1 Relato da reunião de técnicos da área materno infantil no Hospital Fêmina de Porto Alegre.....	29
5.2.2.2 Relato da reunião de técnicos da área materno infantil no Hospital São Lucas – PUC/RS.....	32
5.2.3 Análise das entrevistas estruturadas.....	35
5.2.3.1 Atores do nível central administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	36
5.2.3.2 Atores da parceria hospitalar.....	37
5.2.3.3 Atores das gerências regionais.....	39

6 ANÁLISE DA VIABILIDADE.....	41
6.1 DIMENSÕES/CAPACIDADES.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	47

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre está implantando a “linha de cuidados em Oncologia” visando garantir o tratamento completo para os pacientes que têm diagnóstico e indicação de tratamento oncológico. Este tratamento é garantido através de parcerias estabelecidas com os Centros Especializados de Tratamento em Oncologia, para onde os pacientes são referenciados e permanecem ligados até a conclusão do tratamento.

A porta de entrada para este sistema é a rede básica que iniciou os cuidados até o diagnóstico ou a própria urgência que atendeu o paciente, diagnosticou e referenciou seu atendimento para o centro especializado. Uma vez concluído o tratamento, o paciente retorna para a rede básica de sua região ou micro-área onde reside. A principal característica desta linha de cuidados é a garantia de tratamento do processo oncológico em todas as suas etapas, feita pelo centro especializado responsável e o acolhimento do doente de forma humanizada em todos os momentos de seu atendimento. Ficam garantidos, ainda, toda tecnologia disponível para o tratamento, bem como todo medicamento especial indicado para a recuperação do paciente oncológico. O agendamento especializado é feito por toda rede, através de uma linha exclusiva da central de marcação de consultas e não existem limites por unidade de saúde. O limite é a capacidade pactuada dos centros especializados de tratamento. No Anexo 1 deste projeto se encontra uma descrição da Linha de Cuidado em Oncologia.

A pesquisa proposta neste trabalho visa estudar a viabilidade da implantação de uma linha semelhante de cuidados para atenção às gestantes do município, respeitando as características da área materno-infantil, garantindo a referência do pré-natal completo, do hospital para as intercorrências e o parto, para o pós-parto e para o recém-nato. Esta pesquisa

é de interesse do Gestor Municipal de Saúde que busca resolver o problema situado na desigualdade de tratamentos pré-natais, prestados às gestantes, nas diferentes unidades de saúde da rede básica e em ambulatórios de hospitais, no município de Porto Alegre; na falta de referência e garantia de um Hospital para o atendimento do parto e suas intercorrências; e na falta das referências para a mãe e para o recém-nato continuarem seus tratamentos.

2 REVISÃO TEÓRICA

Esta revisão tem por finalidade apontar subsídios que facilitem o entendimento do tema proposto e ajudem a alcançar os objetivos e resultados. Foram analisados temas como a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, alguma abordagem sobre os modelos tecno-assistenciais em saúde e temas relativos à análise da viabilidade de uma proposta em saúde.

2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A integralidade de atenção para um paciente em um hospital é definida por Cecílio e Merhy como “o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de suas necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”. O cuidado integral em saúde seria feito através de uma combinação da tecnologia e do tratamento efetuado com humanização das ações e serviços prestados durante uma internação hospitalar. Os mesmos autores acreditam ser necessário agregar outras questões na perspectiva de tratar a integralidade da atenção hospitalar. Focalizam dois ângulos distintos de olhar para a integralidade da atenção, um a partir do hospital, tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar e outro da integralidade, tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde.

A idéia de um sistema de saúde faz pensar em diversas partes, cada qual com sua função que, atuando de forma integrada, contribuam para o bom funcionamento do todo. O SUS, mais do que um sistema, é uma grande rede de serviços que operam diferentes

tecnologias de saúde e que são acessados de diferentes formas pelas pessoas que deles necessitam. Isto mostra a grande dificuldade para se conseguir a integralidade do cuidado.

Pode haver algum grau de integralidade do cuidado focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um (CECÍLIO, 2001). Porém, a linha de cuidado pensada atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital no “sistema de saúde” é visto como referência para situações de maior complexidade ou gravidade. Desta forma, o hospital participando da integralidade do cuidado, teria de fazer uma adequada contra-referência após realizar o atendimento.

A origem do conceito Linha de Cuidado se dá na gestão hospitalar. Por isso se faz a seguir esta breve revisão, ainda que o foco deste estudo seja na rede de serviços. Desde o início da década de 1990 Cecílio (1994) pesquisava novas formas de gerenciar hospitais a partir de dois movimentos principais: redução dos níveis decisórios e condução colegiada das decisões. A coordenação do cuidado se faz através de dois mecanismos principais. O primeiro é a criação de contato entre as lógicas das profissões envolvidas e a interface entre as mesmas, onde médicos, enfermeiros e os outros profissionais tem que conversar e desenvolver um planejamento integrado das ações, para que o cuidado se realize. Com a integração dos profissionais, teríamos uma forma de coordenação mais horizontal e centrada no cuidado. A segunda estratégia para o sucesso da coordenação do cuidado é o papel da prática da enfermagem, como rotina, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado. A enfermagem é responsável por um conjunto muito grande de ações e atividades que somadas representam o cuidado com o paciente.

A integração da coordenação de enfermagem e de sua lógica de funcionamento, com a prática médica, em uma única coordenação horizontal e interdisciplinar, junto a todos os profissionais envolvidos na atenção completa ao paciente, constitui o que se denomina de

linha de cuidado hospitalar. Estas linhas de cuidado passam a ser o eixo da gestão hospitalar. Um hospital pode ter diferentes linhas de cuidado que transversalizam vários lugares do hospital. Estas linhas de cuidados são, por sua vez, transversalizadas por outras linhas importantes como as de apoio administrativo, apoio técnico e linha de ensino e pesquisa (CECÍLIO, 1994).

Os coordenadores de linhas de cuidado têm como atribuições principais: facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado; apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições e fazer a lógica da coordenação das corporações a ser respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado. Na linha de cuidados da área materno-infantil, por exemplo, a assistência ao parto só pode ser pensada na sua integralidade, quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia no Pré-natal , mas continua após o parto nos cuidados com a puérpera e com o recém-nascido.

A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar o hospital como uma das estações da rede de cuidado. O hospital não pode se restringir a fazer contra-referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidados, espera-se uma postura mais ativa na construção dos fluxos institucionais. São necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, principalmente com as Secretarias Municipais de Saúde ou outros gestores, como a coordenação de distritos de saúde e com as unidades básicas. Cecílio e Merhy (2002, p. 197) complementam dizendo que “o desenho de fóruns gestores mais unificados, para a gestão integral das linhas de cuidado, precisa ser experimentado”.

2.2 MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

A revisão sobre modelos tecno-assistenciais em saúde é importante neste projeto para podermos refletir sobre a porta de entrada dos usuários no sistema. “Por muitos anos temos utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS” (CECÍLIO, 1997, p. 470). Toda rede de atenção primária ou básica, com seu conjunto de unidades de saúde, distribuídos de forma ampla para prestar atendimento aos diferentes segmentos da população, representariam a base da pirâmide que estamos imaginando. Na parte intermediária estariam os serviços de atenção secundária, ambulatoriais e hospitalares, distribuídos de forma ascendente em acordo com seu grau de tecnologia e complexidade dos atendimentos prestados. No topo da pirâmide estariam os serviços de alta complexidade com os hospitais de tecnologia avançada. Toda esta imagem busca representar a racionalização do atendimento, o fluxo hierarquizado e ordenado dos pacientes utilizando mecanismos de referência e contra-referência.

Esta proposta foi defendida para o SUS por apresentar vantagens importantes para o sistema como a possibilidade de expansão da cobertura de prestação de serviços, a democratização do acesso para todos os usuários, a classificação por níveis hierárquicos dos serviços, a racionalização dos custos e a garantia de acesso aos diferentes níveis de tratamento, organizados pela referência e contra-referência. Na proposta da pirâmide a porta de entrada no sistema seria sempre a rede básica abrangente de serviços disponíveis para a população (CECÍLIO, 1997).

A realidade, entretanto, mostrou, ao longo do tempo, um movimento diferente dos pacientes na busca de soluções para seus problemas de saúde. Os ambulatórios de urgência dos hospitais são, hoje em dia, a principal porta de entrada para o sistema de saúde, dificultando o controle e o planejamento dos gestores. Esta sobrecarga das urgências

hospitalares provoca, muitas vezes, uma ociosidade nos serviços da rede básica e em suas referências, causando pouco aproveitamento de equipamentos e recursos existentes. Este comportamento dos usuários, em busca de soluções imediatas, resulta em tratamentos incompletos e paliativos, sem a referência correta para um serviço onde o paciente possa ter sua linha de cuidados garantida. “Repensar o sistema de saúde como um círculo tira o hospital do topo, da posição de estar em cima, como a pirâmide induz na sua imaginação, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal” (CECÍLIO, 1997, p. 477). Se imaginarmos o sistema com todos os seus serviços de saúde e sua tecnologia distribuídos em um mesmo plano, verificamos a necessidade urgente de que os gestores de saúde, organizem a porta de entrada em diferentes setores, mas garantindo o acolhimento e o cuidado do paciente conforme sua necessidade.

2.3 ANÁLISE DA VIABILIDADE

Para que possamos pensar na viabilidade de um projeto ou de uma ação é necessário entender a articulação entre o que deve ser feito conforme a vontade de mudança e o que pode ser feito respeitando as condições e as limitações. Trata-se de realizar a análise da viabilidade para poder construí-la.

Matus (1996, p. 93) define viabilidade como “a condição de existir, de ser possível sua realização, atribuída a uma ação, sistema ou plano”. Para estudarmos a viabilidade de um projeto, como a implantação de uma linha de cuidados, se faz necessário avaliar a viabilidade política, a econômica e a organizacional. Se considerarmos cada uma dessas variáveis em um projeto temos de questionar sua viabilidade individual, associada novamente a uma variação política, econômica e organizacional. Questionar se temos capacidade política, econômica, técnica e organizacional de produzir e fazer um projeto. Se temos capacidade política, econômica, técnica e organizacional de operar esse plano. Se temos capacidade política,

econômica, técnica e organizacional para manter esse plano operando com eficiência e efetividade. As respostas a estes questionamentos nos mostrarão a capacidade ou viabilidade de decisão, viabilidade operacional e viabilidade de permanência. portanto, dentro da dimensão da viabilidade política temos de avaliar a decisão, a possibilidade de funcionamento e de continuidade de um projeto. Da mesma forma devemos proceder a avaliação das dimensões da viabilidade econômica e da organizacional.

Os atores sociais envolvidos na implantação de um plano ou projeto, uma vez definidas suas capacidades e incapacidades começam o jogo das articulações e de busca de parcerias. Uma vez conhecidas suas restrições os atores devem decidir se aceitam, superam ou ignoram as mesmas. A busca das parcerias se faz através da estratégia de cooperação, da estratégia de cooptação ou da estratégia de conflitos com outros atores sociais (MATUS, 1996).

A estratégia da cooperação consiste em que a busca de parceria com outros atores seja bom para todos. A estratégia da cooptação acontece quando o ator social por seu conhecimento, liderança ou poder político, ganha adesão e apoio de outros atores para a realização de sua causa. A estratégia de conflito existe para reduzir a força dos atores que possuem interesses contrários à viabilidade de um plano ou projeto. Estas estratégias de viabilidade não são excludentes e podem coexistir em diferentes momentos da implantação de um projeto, no grupo de atores ou em diferentes atores. Os meios estratégicos articulam a relação entre os atores dentro de uma mesma estratégia de construção da viabilidade, como exemplo citamos a persuasão, a negociação, a imposição e a mediação (MATUS, 1996).

Existe uma distância grande entre a decisão da ação por parte de um ator e a concretização de seus objetivos. Quando avaliamos viabilidade podemos confundir com avaliação da eficiência ou da eficácia de um projeto. Matus (1996, p. 98) refere “eficiência como a busca pela otimização dos recursos com resultados e a eficácia como a relação entre

produto e resultado”. O ator deve ser conhecedor das implicações de seus atos, saber o momento certo de executá-los e em que ordem, para que uma ação executada possa permitir a realização da ação seguinte. É importante o conhecimento e a identificação de todos os fatores envolvidos nas ações necessárias à implantação do projeto. Matus (1996) recomenda que se questionem quais as ações viáveis e qual o poder dos atores participantes. As respostas a estas questões fornecem elementos importantes na avaliação da viabilidade.

Dimensões	PLANOS/CAPACIDADE		
	Capacidade de decisões	Capacidade operacional	Capacidade de permanência
Viabilidade Política	x	x	x
Viabilidade Econômica	Não	x	x
Viabilidade Organizacional	Não	x	x

Fonte: Matus (1996, p. 406).

Quadro 1 – Dimensões e Planos de Viabilidade.

O Quadro 1 mostra a inter-relação entre as dimensões da viabilidade e seus planos ou capacidades. A análise da dimensão, associada a cada capacidade pesquisada, indicará os pontos positivos e negativos que teremos que considerar na construção da viabilidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a viabilidade da implantação da linha de cuidados para gestantes no município de Porto Alegre garantindo o acolhimento e todo o tratamento regular, desde o diagnóstico até a referência para continuidade do tratamento da puérpera e do recém-nato.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as condições políticas existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a implantação da linha de cuidados para gestantes.
- Conhecer as condições econômicas existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a implantação da linha de cuidados para gestantes.
- Conhecer as condições organizacionais existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a implantação da linha de cuidados para gestantes .
- Analisar a viabilidade política da implantação da linha de cuidados para gestantes, pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
- Analisar a viabilidade econômica da implantação da linha de cuidados para gestantes, pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
- Analisar a viabilidade organizacional da implantação da linha de cuidados para gestantes, pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Foi realizada junto à Coordenação do Programa Materno-Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para identificar as organizações e as pessoas relevantes ao desenvolvimento do estudo.

4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos utilizados foram documentos oficiais, entrevistas abertas e observação não participante.

4.2.1 Utilização de documentos

Foram utilizados nesta pesquisa documentos escritos oficiais e dados administrativos setoriais e individualizados. Nos documentos oficiais trabalhou-se com organogramas, planos de trabalho, distribuição de atividades, portarias, programas oficiais e outros que demonstram a organização do setor de saúde pesquisado.

Os documentos administrativos dos setores e dos indivíduos envolvidos, ligados com a prestação dos diferentes serviços da linha de cuidados, foram utilizados na pesquisa com destaque para os registros e arquivos informatizados.

Esta etapa de utilização de documentos apoiou principalmente a avaliação da capacidade econômica e organizacional instalada para construir a viabilidade.

4.2.2 Entrevista estruturada

Estas entrevistas foram realizadas com as pessoas selecionadas como relevantes, na etapa exploratória deste trabalho, por sua importância na administração e na operacionalização da linha de cuidados para gestantes. As entrevistas buscaram obter a opinião do entrevistado sobre suas atividades e sobre seu conhecimento do processo. Foram efetivadas por meio de uma conversação guiada, com algumas alternativas pré-formuladas.

Este procedimento metodológico visou obter informações e conhecer a opinião do entrevistado e foi de grande importância na avaliação das dimensões políticas, econômicas e organizacionais existentes.

4.2.3 Observação sistemática

Esta etapa consistiu em observar os atores, previamente escolhidos, procurando conhecer sua rotina de trabalho e registrar o máximo de ocorrências que tinham interesse para a pesquisa. Foram pontuados itens fundamentais para serem observados e registrados todos os fatores considerados relevantes para a pesquisa.

4.2.4 Análise dos dados

Na análise dos dados coletados pela observação não participante e nas entrevistas estruturadas, utilizamos a técnica de análise qualitativa. As análises qualitativas não exigem regras formais para sua interpretação mas é importante compreender suas etapas, quando as informações estão em forma de discursos nas respostas do entrevistado.

Na pesquisa seguimos as etapas de preparação e descrição de material bruto, com a transcrição das informações obtidas nas entrevistas e complementação com anotações pessoais, principalmente na observação não participante. A etapa de redução de dados foi feita com

base na entrevista estruturada, pontuando e ressaltando aspectos do discurso e associando-os com temas de interesse para o estudo das dimensões da viabilidade.

5. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

5.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Nesta etapa efetuou-se visita à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O primeiro contato foi com os responsáveis pela Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde-GRSS. Nesta reunião foi identificado como pessoa relevante no sistema, o responsável pela liberação das “cotas de exames complementares” utilizados na rede de atenção a saúde de Porto Alegre. Esta entrevista foi fundamental na avaliação da viabilidade econômica da implantação da linha de cuidados para gestantes no município.

Importante salientar a receptividade que o projeto obteve junto a esta Gerência, onde foi agendada reunião com a equipe de Saúde da Mulher, do setor de Políticas de Saúde, da Assessoria de Planejamento – ASSEPLA –, da SMS/PoA. Na reunião com a equipe que coordena o programa de política de saúde da mulher, nos foi apresentado, detalhadamente, o Programa da Linha de Cuidados para Gestantes que está sendo implantado no município de Porto Alegre. Na oportunidade também foi apresentado o projeto de monografia para o qual obteve-se de imediato a colaboração de todos os componentes do setor, uma vez que o resultado do trabalho é de interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Em quatro oportunidades houve reunião com a equipe que coordena a implantação do programa quando, então, selecionou-se os “documentos escritos oficiais”, para serem solicitados na etapa de coleta de dados e análise de documentos. Nessas reuniões continuou o desenvolvendo da etapa exploratória para identificar as pessoas consideradas relevantes na implantação do programa, com a finalidade de coleta de dados através de informações individuais nas entrevistas. Foram identificados os hospitais que fazem parte do projeto. São

hospitais parceiros que disponibilizam sua área materno-infantil para serem referência de unidades de saúde de regiões específicas, determinadas nos distritos correspondentes em que a cidade foi dividida. Os hospitais que fazem parte do programa são: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC, Hospital Presidente Vargas, Hospital Fêmeina e Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Foram selecionados o Hospital Fêmeina e o Hospital São Lucas da PUC para proceder-se a etapa de “observação não participante”, quando das reuniões destes hospitais com as unidades de saúde de suas áreas de referência e a coordenação do programa e, também, para entrevistar os diretores de suas áreas materno-infantis na busca de informações na coleta dos dados.

Porto Alegre está dividida em 16 Distritos de Saúde organizados em 8 Gerências Regionais, responsáveis pelas Unidades de Saúde correspondentes. As chefias destas Gerências de Saúde, que também são chefes de uma importante unidade sanitária de seu distrito, também foram selecionadas para serem entrevistadas no trabalho. Estas entrevistas foram importantes na avaliação das três dimensões da viabilidade da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes: a política, a econômica e a organizacional.

Completando o grupo de pessoas relevantes selecionadas na etapa exploratória, estão integrantes da Coordenadoria de Saúde da Mulher: três profissionais médicos, a Diretora do Colegiado de Gerentes Distritais e uma enfermeira responsável por todos os registros do sistema informações da ASSEPLA.

O grupo de pessoas relevantes selecionadas para serem entrevistadas, ficou assim constituído:

- um representante da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde;
- quatro representantes da Coordenação Geral do Programa;
- um diretor do Colegiado de Gerentes Distritais;

- seis Gerentes Regionais de Saúde;
- dois Chefes da Área Materno-infantil, um do Hospital Fêmeina (público) e outro do Hospital da PUC (privado).

5.2 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

5.2.1 Análise de documentos escritos oficiais

Os documentos foram selecionados na etapa exploratória do trabalho, como importantes ao conhecimento do Programa da Linha de Cuidados para Gestantes. O entendimento do conteúdo destes documentos favorece a avaliação de pontos fundamentais para o estudo da viabilidade, mostrando aspectos importantes para a compreensão das dimensões econômicas e organizacionais.

5.2.1.1 Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000

Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Estabelece que o Programa será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação.

Estabelece também princípios e diretrizes para estruturação do PHPN-Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento e cria os componentes que constituem este programa. Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, Componente II – Organização, Regulação

e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e o Componente III – Nova Sistemática de Pagamento de Assistência ao Parto.

Ficam também estabelecidos, por esta portaria, o montante de recursos para desenvolvimento dos componentes I, II e III previstos no programa e também as atribuições e competências a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais.

O Anexo I desta portaria apresenta os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento Pré-natal a serem desenvolvidos pelos municípios na assistência à gestante e à puérpera.

5.2.1.2 Portaria nº 570/GM, de 1º junho de 2000

Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Define que o Componente I será executado apenas por adesão de Municípios Habilitados na forma prevista da Norma Operacional Básica – NOB/96 que cumprirem com requisitos estabelecidos nesta portaria.

Para ser incluído no Componente I do PHPN o município deverá apresentar “Termo de Adesão” e integrar o plano regional de assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém Nascido, homologados pelas secretarias estaduais e publicados pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Esta portaria inclui na tabela do SIA/SUS – Sistema Informatizado Ambulatorial do SUS novos códigos de procedimentos ambulatoriais, e estabelece operacionalização para pagamento pelo Ministério da Saúde, do Incentivo à Assistência Pré-natal aos Municípios que aderirem o programa. Esta operacionalização tem por base o cadastro de todas as gestantes no SISPRENATAL, programa disponibilizado pelo DATASUS-MS e obrigatório para os municípios que aderirem ao PHPN.

Os códigos estabelecidos na tabela do SIA/SUS são o Código de Adesão ao Componente I – Incentivo a Assistência Pré-Natal e o Código de Conclusão da Assistência Pré-Natal. Na tabela do SIH/SUS cria o código de incentivo ao parto Componente I. Para que o sistema processe a remuneração destes códigos é necessária à alimentação correta do SISPRENATAL.

5.2.1.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN

Instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM Nº 569 de 1º de Junho de 2000, busca principalmente reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal e assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento Pré-natal e da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Dentre os princípios que estruturam o programa está o de que toda a gestante tenha direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade, e que todo recém nascido tenha direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

As atribuições do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estão definidas na portaria que instituiu o programa. O município deve enviar Termo de Adesão ao programa, homologado pelo gestor estadual, para a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde que analisará o Termo e publicará a Portaria de Adesão.

O município deve garantir o acesso da gestante aos serviços de saúde para assistência Pré-natal, intercorrências na gravidez, maternidade referenciada para o parto e atendimento da puérpera e do recém-nato.

Os incentivos financeiros previstos para o Componente I do programa são de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante devidamente cadastrada no SISPRENATAL até o quarto mês de gestação, e R\$ 40,00 (quarenta reais) por gestante na conclusão do pré-natal, desde que sejam cumpridos os procedimentos estabelecidos pelo programa e alimentado o SISPRENATAL. Serão pagos para o hospital que realizar o parto da gestante acompanhada pelo

programa R\$ 40,00 (quarenta reais), desde que o hospital integre a Rede de Referência estabelecida no Termo de Adesão e que seja informado na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) o número do cadastro da gestante no SISPRENATAL. Estes incentivos são pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde – FAEC.

O SISPRENATAL é um sistema informatizado disponibilizado pelo DATASUS/MS e obrigatório para os municípios que aderirem o PHPN. Permite o monitoramento e o acompanhamento de cada gestante cadastrada e impossibilita o faturamento do incentivo quando não for corretamente alimentado. O Sistema trabalha com dois documentos de dados de entrada que são a Ficha de Cadastro da Gestante e a Ficha de Registro Diário dos Atendimento da Gestante.

A continuidade do programa, após a adesão do município, está vinculada ao indicador do SISPRENATAL de Conclusão da Assistência Pré-natal, para 30% (trinta por cento) das gestante cadastradas no 1º ano e para 50% (cinquenta por cento) a partir do segundo ano de adesão ao PHPN.

O sistema emite relatórios de informações sobre as gestantes, relatórios auxiliares e relatórios gerenciais, que possibilitam a avaliação completa do programa e seu acompanhamento nos três níveis de gestão.

5.2.1.4 Termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

A Portaria Nº 9, de 5 de julho de 2000, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, estabelece que o processo de adesão ao PHPN está condicionado ao preenchimento do “Termo de Adesão”, na forma do anexo a esta portaria, devidamente assinado pelo gestor municipal que se responsabiliza pelas informações e pelo cumprimento

do fluxo de atendimento informado. Visa garantir à gestante e ao recém-nascido a assistência adequada.

A mesma portaria estabelece a criação de planos regionais para a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, no âmbito de cada estado, coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios. As Secretarias Estaduais de Saúde devem homologar o Termo de Adesão do programa feito pelos municípios, observando a pertinência nos Planos Regionais, antes do encaminhamento do Termo para a Secretaria de Políticas de Saúde/MS.

A Portaria/MS número 8, de 18 de janeiro de 2002 de Adesão do Município de Porto Alegre ao PHPN foi publicada no Diário Oficial da União de 21 de janeiro de 2002. O Termo de Adesão apresenta, de forma detalhada, o número de unidades básicas que realizam consultas de Pré-natal e que integram o programa. Detalha também a referência das Maternidades que realizam Partos de Baixo/Médio Risco e a referência para o Pré-natal e Parto de Alto Risco. As unidades e as referências estão organizadas por distritos no Município de Porto Alegre.

No documento estão detalhados o número de consultas de Pré-natal SUS/ANO disponibilizadas por Unidade de Saúde e o número de exames de Patologia Clínica e Anti-HIV disponibilizados por laboratório de referência que integrem o programa. O Termo de Adesão apresenta ainda o número de leitos hospitalares e de UTI neonatal, de Cuidados Intermediários de Recém Nascidos, disponibilizado por maternidade referenciada para alto risco. A identificação das Unidades de Saúde, de Laboratórios e Maternidades de Referência, estão informadas em acordo com o respectivo código de cadastro no SIA e SIH/SUS.

5.2.1.5 Prestação de contas do Programa Saúde da Mulher 4º trimestre do 2003 – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

A Prestação de Contas do Programa de Saúde da Mulher é um relatório detalhado, elaborado pela Coordenação do Programa na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Apresenta quantitativos de produção de toda a linha assistencial de atendimento no Pré-natal até o parto, na prevenção do Câncer de Colo de Útero, e na prevenção do Câncer de Mama. A análise foi realizada na produção e nos indicadores de atenção à gestante, ao parto e ao puerpério. O documento estabelece metas e cria indicadores de avaliação.

As principais atividades desenvolvidas pela Coordenação do Programa na Secretaria Municipal de Saúde, que influenciam diretamente a avaliação da dimensão organizacional da viabilidade são:

- informatização dos dados do Programa de Pré-natal, com cadastro de todas as gestantes atendidas nas Unidades de Saúde e no Programa de Saúde da Família;
- elaboração de Relatórios de Desempenho em relação à cobertura da Assistência Pré-natal (consultas e exames);
- supervisão direta junto aos profissionais com objetivo de qualificar os registros;
- educação continuada e treinamentos específicos aos técnicos da rede pública municipal.

Os resultados obtidos nos quatro trimestres do ano de 2003 demonstram que o total de gestantes cadastradas e acompanhadas no programa Pré-natal representam 99,57% do total de gestantes esperadas para o período. O relatório demonstra, ainda, a idade gestacional em que a gestante foi cadastrada para acompanhamento no programa, e estuda as variações dos

indicadores de quantitativo de consultas, exames e vacinas realizados, idade das paciente e gravidez na adolescência.

Outro indicador importante é o percentual de consultas de revisão no puerpério por distrito sanitário da cidade, mostrando claramente as regiões que devem ser trabalhadas na organização para implantação da Linha de Cuidados para Gestantes. A média anual de cobertura de revisão de puerpério, avaliada pelos registros informados, foi de 42,53%, o que demonstra também a necessidade de melhorar a referência para esses atendimentos.

As estratégias da Secretaria Municipal de Saúde para o ano de 2004, visando a redução da mortalidade materna, incluem a implantação da Linha de Cuidados para Gestantes com a regionalização do pré-natal normal e a integração entre as unidades de saúde e os hospitais de referência para pré-natal de alto risco, do parto e suas intercorrências.

5.2.1.6 Considerações relevantes sobre a análise dos documentos escritos oficiais

Da análise destes documentos, principalmente do Termo de Adesão do município ao PHPN e do Relatório de Prestação de Contas do Programa de Saúde da Mulher, concluiu-se que o Município de Porto Alegre organizou a regionalização do atendimento pré-natal normal e de alto-risco, estabeleceu as referências pactuadas com laboratórios de análises clínicas e com hospitais para atendimento ao pré-natal de alto-risco, parto, puerpério e recém-nato.

A análise mostrou que a capacidade instalada no município para atendimento de todas as gestantes esperadas, com Pré-natal completo e com direito referenciado de hospitais para o parto e suas intercorrências, é compatível com a demanda existente. Esta capacidade foi avaliada com base nos dados informados sobre previsão e produtividade no Programa Saúde da Mulher, no exercício de 2003.

Estes fatores relevantes mostram como o município está se preparando para implantação da Linha de Cuidados para Gestantes. Mostram ações e resultados com impacto favorável na dimensão organizacional da viabilidade.

A dimensão econômica da viabilidade é reforçada na análise destes documentos, que mostram a criação do incentivo econômico ao PHPN, que trará aporte de recursos ao município e aos hospitais parceiros.

Importante comentar que os documentos mostram um enfoque de cruzamento entre as dimensões econômicas e organizacionais. Isto ocorre pelo fato de que só receberá o incentivo financeiro o município cuja organização de registros e de alimentação do SISPRENATAL estiver correto e automatizado. Os indicadores de adesão ao programa dos SISPRENATAL, demonstrados pelo número de gestantes cadastradas e com Pré-natal completo, são fundamentais para a continuidade do recebimento dos incentivos financeiros. Desta forma influenciam diretamente as dimensões econômicas e organizacionais da viabilidade em relação à capacidade de permanência.

5.2.2 Observação sistemática

Para o desenvolvimento deste procedimento metodológico optou-se por escolher a observação direta de reuniões de trabalho para implantação da Linha de Cuidados para Gestante. Considerou-se como fundamental o fato de que, nestas reuniões, estariam reunidos os atores selecionados como relevantes no estudo: os coordenadores do programa da Secretaria Municipal de Saúde, representantes dos Hospitais Parceiros e chefes de Distritos Sanitários e Unidades de Saúde onde é feito o Pré-natal normal. Foram escolhidas reuniões realizadas nas dependências de dois Hospitais Parceiros, um público e um privado.

5.2.2.1 relato da reunião de técnicos da área materno infantil no Hospital Fêmeina de Porto Alegre em março de 2004

Participantes: Representantes das diversas áreas hospitalares e ambulatoriais envolvidas com o cuidado às gestantes do Hospital Fêmeina. Representantes das três gerências regionais cujos distritos estão ligados ao hospital no programa da linha de cuidados para gestantes. Representantes de unidades sanitárias da área de referência dessas gerências regionais. Representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na coordenação do programa.

Assuntos Tratados:

- informado o lançamento oficial do programa “cuidando da mãe do bebê, saúde Porto Alegre”.
- criação de um grupo de avaliação e acompanhamento da implantação e execução do programa visando a integração entre o hospital e as unidades de saúde;
- definição da composição do grupo de avaliação com um representante do Hospital Fêmeina e um representante de cada uma das três gerências regionais do distrito;
- implantação do telefone 33119781 para agendamento direto das referências pré-natais a ser utilizado pelas unidades sanitárias ligadas ao Hospital Fêmeina e ao Hospital Presidente Vargas;
- informado, pelos representantes do Hospital Fêmeina a existência de ociosidade em consultas de Pré-natal de alto risco;
- criação do grupo de visitas de gestantes com a finalidade de conhecer o hospital referenciado para o parto das mesmas;

- criação de um grupo de gestantes para realização de cursos sobre aleitamento materno no hospital;
- criação de carimbo para marcação da consulta do puerpério, na carteira do bebê, referenciando a mãe para a unidade de origem. A mãe não recebe alta sem ter essa consulta marcada;
- ficou acordado que toda a referência de consulta é uma sugestão, não estando a paciente obrigada a cumpri-la;
- o Hospital Fêmeina disponibiliza cursos para gestantes cujos grupos podem ser agendados pelas unidades sanitárias;
- o Hospital Fêmeina realiza cursos sobre a importância do aleitamento materno para servidores das unidades sanitárias que serão multiplicadores;
- promoção de reunião para definição dos critérios de encaminhamento ao Pré-natal de alto risco, pela coordenação do programa da Secretaria Municipal da Saúde;
- enfatizado que os indicadores de consultas maternas no puerpério em Porto Alegre, estão muito baixas, não chegando a 50%;
- promoção, pela Secretaria Municipal de Saúde, de curso sobre prevenção de mortalidade materna, com foco em hipertensão, diabete, hemorragias e DST/AIDS;
- definido que os cuidados de emergência no puerpério serão promovidos pelo hospital onde ocorreu o parto;
- o Hospital Fêmeina colocou à disposição das unidades sanitárias o ambulatório de Pré-natal para adolescentes;
- definido que as ecografias obstétricas e demais exames dos pré-natais de alto risco serão todas referenciadas pelo hospital;

- informado pelos técnicos que realizam Pré-natal nas unidades sanitárias que a maior preocupação das gestantes é a garantia da referência do hospital para o parto;
- para a realização de alguns exames no Pré-natal, a falta de “passe” para o transporte das gestantes tem sido impeditivo de deslocamento.

Observações importantes para a viabilidade:

- conhecimento dos participantes sobre o programa da linha de cuidados para gestantes;
- aceitabilidade do programa;
- comprometimento com o programa;
- integração entre o Hospital Fêmeina, as gerências regionais envolvidas e as unidades sanitárias da área;
- presença de diversos servidores da área de Pré-natal das unidades sanitárias;
- definição do fluxo de agendamento do Pré-natal normal e de alto risco;
- definição do fluxo de agendamento do pós parto e do puerpério para a mãe e para a criança;
- definição do atendimento de emergências e intercorrências em todo o período gestacional e pós parto;
- liberdade de expressão dos presentes apontando dificuldades e buscando soluções;
- definição de grupo de acompanhamento da implantação da linha de cuidados para gestantes na abrangência do Hospital Fêmeina e das respectivas unidades sanitárias que originam as referências, com representantes do hospital e das gerências regionais;

- possibilidade de agendamento pelas unidades para gestantes fazerem Pré-natal de alto risco no ambulatório específico do Hospital Fêmina, ou seja, diabete, hipertensão, DST/AIDS e adolescentes;
- garantia para as gestantes que realizam Pré-natal normal nas unidades sanitárias de visitas ao hospital e realização de cursos específicos.

A análise qualitativa destas observações, consideradas importantes para avaliação da viabilidade da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes em Porto Alegre, mostra que as dimensões política, econômica e organizacional da viabilidade, são favoráveis. Isto quando aliadas à capacidade de decisão e de organização. Quanto à capacidade de permanência, não foi possível emitir conceito sobre a viabilidade, pois os atores interagiram no sentido da implantação da linha de cuidados no momento presente, não estando em discussão o momento futuro do novo modelo de assistência.

5.2.2.2 Relato da reunião de técnicos da área materno infantil no Hospital São Lucas – PUC/RS em março de 2004

Participantes: Representantes das diversas áreas hospitalares e ambulatoriais envolvidas com o cuidado às gestantes no hospital. Representantes das duas gerências regionais, cujos distritos estão ligados ao hospital, no Programa da Linha de Cuidados para Gestantes. Representantes de unidades sanitárias da área de referência dessas gerências regionais. Representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na coordenação do programa.

Assuntos Tratados:

- reunião coordenada pelo representante da Secretaria Municipal de Saúde, cujo objetivo informado tratava de reunião de trabalho para avançar na implantação da Linha de Cuidados para Gestantes;

- acordada a substituição gradual da marcação de consultas para gestantes de alto risco significando a retirada desta atribuição da Central de Marcação de Consultas, passando-a à responsabilidade direta das unidades;
- informado pelo representante da Secretaria Municipal da Saúde que o acolhimento do programa pelo hospital é considerado muito bom;
- informado pelo representante do hospital o interesse em assumir a referência dos vinte e nove postos de saúde vinculados aos respectivos distritos a eles referenciados, que promoverá reuniões com a direção desses postos com a finalidade de organizar o fluxo de marcação de consultas e que continuará atendendo as gestantes provenientes do município de Viamão/RS, as quais representam 30% de sua demanda ficando as mesmas fora do programa da Linha de Cuidados no que se refere à marcação de consultas para alto risco e pós-parto;
- informado pelos representantes das unidades que a grande maioria dos postos não está informatizado e não possuem e-mail, o que inviabiliza o agendamento pela internet, conforme havia sido proposto pelo hospital;
- ficou acordado que o hospital disponibilizará o telefone para que as unidades possam realizar o agendamento dos pré-natais de alto risco;
- acordado o mesmo horário para que o hospital proceda o agendamento da mãe e do bebê no pós-parto, para consulta nas unidades;
- acertado que durante o período de transição a marcação de consultas de alto risco pela Central de Marcação de Consultas, ainda será aceita;
- proposto pelo hospital que sejam marcadas e organizadas as visitas das gestantes do Pré-natal normal para conhecerem o hospital;

- acertado entre todos os representantes que durante o curso para gestantes promovido nas unidades, seja marcada a visita ao hospital;
- a Secretaria Municipal de Saúde informou que não existe transporte disponibilizado para as visitas das gestantes ao hospital;
- sugerido pelo representante da unidade Partenon, que os profissionais do hospital visitem as unidades sanitárias que realizam o Pré-natal de rotina.

Observações importantes para a viabilidade:

- conhecimento dos participantes sobre o programa da linha de cuidados para gestantes;
- aceitabilidade do programa;
- comprometimento com o programa;
- integração entre o Hospital da PUC, as gerências regionais envolvidas e as unidades sanitárias da área;
- presença de diversos servidores da área de Pré-natal das unidades sanitárias;
- definição do fluxo de agendamento do Pré-natal normal e de alto risco;
- definição do fluxo de agendamento do pós parto e do puerpério para a mãe e para a criança;
- definição do atendimento de emergências e intercorrências em todo o período gestacional e pós parto;
- liberdade de expressão dos presentes apontando dificuldades e buscando soluções;
- garantia para as gestantes que realizam Pré-natal normal nas unidades sanitárias de visitas ao hospital e realização de cursos específicos;
- possibilidade de visita dos profissionais do hospital às unidades de saúde onde é feito o Pré-natal de rotina;

- o Hospital relatou que 30% de sua demanda obstétrica na pertence a referência proveniente da regionalização da Linha de Cuidados para Gestantes de Porto Alegre. São pacientes provenientes da Região Metropolitana.

Da mesma forma que a observação não participante da reunião no Hospital Fêmeina, a análise destas observações, consideradas importantes para avaliação da viabilidade da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes em Porto Alegre, também mostrou que as dimensões política, econômica e organizacional da viabilidade, são favoráveis, quando aliadas à capacidade de decisão e de organização.

Quanto à capacidade de permanência, também não foi possível emitir conceito sobre a viabilidade.

A observação evidenciou, nesta reunião, uma preocupação com os representantes do hospital, com o fato de que 30% de sua demanda obstétrica não está organizada na Linha de Cuidados para Gestantes. São pacientes oriundos por demanda espontânea de municípios da região metropolitana. Este fato é uma dificuldade que necessita ser trabalhada para evitar problema de falta de leitos obstétricos. A dimensão organizacional aliada à capacidade de permanência mostra, neste caso, a necessidade de construção da viabilidade.

5.2.3 Análise das entrevistas estruturadas

Para melhor entendimento dos resultados e para identificar a expectativa e a opinião sobre o tema em estudo, os atores entrevistados foram divididos em três grupos, com diferentes atribuições e responsabilidades na implantação da Linha de Cuidados para Gestantes em Porto Alegre.

5.2.3.1 Atores do nível central administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

São os atores que coordenam a implantação do PHPN em nível da Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde. Coordenam todo o processo de implantação, desde o planejamento inicial com o levantamento completo de dados, capacidade instalada, produtividade e resolubilidade das ações assistências no Pré-natal. Este grupo de atores é responsável pela elaboração do Termo de Adesão do Município ao PHPN, pela distribuição das Referências Hospitalares e Laboratoriais para os Distritos Sanitários e suas Unidades de Saúde. São responsáveis, ainda, por todas as tratativas e negociações com as parcerias hospitalares e laboratoriais, com elaboração de treinamentos, rotinas e protocolos de assistência, com o controle dos registros informatizados e com o controle, avaliação e acompanhamento das ações assistenciais no pré-natal.

A participação da Gerência responsável pela regulação de exames laboratoriais disponibilizados para assistência pré-natal também foi considerada importante neste grupo de atores, com vistas à avaliação das dimensões econômicas e organizacionais da viabilidade.

Foram realizadas cinco entrevistas onde a análise qualitativa efetuada, mostrou a repetição, nas respostas, de **situações favoráveis** como:

- ação política importante, programa economicamente viável, grande conhecimento sobre o conteúdo teórico do programa, grande motivação dos atores para implantação do novo modelo e grande expectativa com melhoria dos indicadores de mortalidade materna e neonatal;

As possíveis necessidades para implantação da linha de cuidados foram:

- melhorar a informatização em toda rede de assistência municipal de saúde;
- melhorar a qualidade dos registros dos atendimentos;
- melhorar o transporte para deslocamento das gestantes.

Quando analisamos as dimensões política, econômica e organizacional da viabilidade, aliadas à capacidade de decisão e à capacidade operacional, observamos um resultado favorável para a viabilidade de implantação de Linha de Cuidados para Gestantes.

Quando analisamos as dimensões associadas à capacidade de permanência do programa implantado, vemos que os resultados foram favoráveis mas com restrições, que se referem à necessidade de informatização da rede, da melhoria dos registros e de estabelecer um monitoramento contínuo de avaliação do programa.

A análise transversal das respostas deste grupo de atores evidenciou, ainda, a importância da correta alimentação do programa SISPRENATAL, que está vinculada ao recebimento dos incentivos financeiros. Isto é considerado fundamental para a continuidade deste modelo de assistência pré-natal.

5.2.3.2 Atores da parceria hospitalar

Este grupo de atores mostra a visão da implantação da Linha de Cuidados para Gestante na ótica do hospital. São os responsáveis pela assistência obstétrica prestada nos hospitais, no parto, nas intercorrências do Pré-natal, no alto-risco, no puerpério e para o recém-nato. Foram selecionados um Hospital Público e um Hospital Privado que são referência no programa para Unidades de Saúde de Distritos Sanitários diferentes.

Na linha de cuidados os hospitais têm atribuições de acolher as gestantes encaminhadas pelas Unidades de Saúde para as quais são referência pactuada no Termo de Adesão do Município ao PHPN. Este acolhimento significa garantir atendimento completo no alto-risco, no parto, no puerpério e para o recém-nato. Garantir também atendimento das intercorrências e prestação de todos os cuidados intensivos que se fizerem necessários.

A análise qualitativa das informações obtidas nas entrevistas com esse grupo de atores demonstrou uma repetição de opiniões favoráveis sobre:

- conhecimento do programa de acolhimento para as gestantes;
- comprometimento dos servidores com a nova proposta de assistência ao pré-natal;
- motivação dos servidores;
- grande aprovação da iniciativa do gestor municipal de saúde;
- capacidade instalada dos hospitais para atendimento da demanda referenciada;
- treinamento e capacidade dos seus servidores;
- aporte de recursos pagos ao hospital pelo incentivo financeiro do programa.

As possíveis dificuldades para implantação da linha de cuidados foram:

- o fato dos hospitais não serem referência apenas para as Unidades de Saúde estabelecidas no Termo de Adesão, mas também para pacientes oriundos de Municípios da Região Metropolitana;
- a grande burocracia necessária ao registros dos atendimentos;
- problemas de transporte para o acesso das gestantes de áreas mais pobres da cidade.

Houve unanimidade favorável nas dimensões política, econômica e organizacional da viabilidade quando aliadas às capacidades de decisão e operacional. Quando aliadas a capacidade de permanência os atores são favoráveis com restrições.

Ficou enfatizada a necessidade de manutenção da capacidade instalada hospitalar, de capacitação continuada dos recursos humanos, de informatização dos registros de atendimento e de monitoramento do programa em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e os responsáveis pelos Distritos Sanitários de sua abrangência.

5.2.3.3 Atores das gerências regionais

O Município de Porto Alegre está regionalizado em oito Distritos Sanitários, respeitados na organização da Linha de Cuidados para Gestante. As unidades de saúde pertencentes a cada distrito referenciam suas gestantes para Laboratórios de Análises Clínicas e Hospitais pactuados no Termo de Adesão ao programa. Este grupo de atores selecionados como relevantes para nossa pesquisa desempenham as atribuições de chefia regional dos distritos sanitários e das unidades de saúde de sua abrangência. Suas principais atribuições são a organização e o controle da assistência prestada em suas unidades de saúde. Devem manter controle sobre todos os registros de atendimentos, prontuários, medicamentos básicos e fluxo de referência para os usuários.

Este grupo de atores responde diretamente pela prestação de assistência à gestante, desde o seu acolhimento nas unidade de saúde, garantindo suas necessidades de referência até o retorno da mãe com o recém-nato para continuidade da atenção básica. Pela importância das informações na análise da viabilidade estudada, foram entrevistadas seis das oitos chefias regionais de distrito.

Na análise das repostas observou-se um repetição favorável sobre:

- o conhecimento teórico do programa, regionalização e acolhimento das gestantes;
- a motivação e o comprometimento dos servidores;
- a aprovação da inciativa do Gestor;
- a capacidade instalada da rede de atenção ao Pré-natal, em quantitativo de recursos humanos e materiais;
- a disponibilidade de cotas para exames laboratoriais considerada suficiente para o atendimento da demanda esperada.

As dificuldades apontadas foram:

- a grande quantidade de formulários e boletins de registros de atendimentos a serem preenchidos no programa;
- a falta de informatização das unidades;
- a abrangência pequena do Programa de Saúde da Família;
- a pouca referência disponível para os exames de ultrassonografias.

Destacam como fundamental o bom entrosamento entre as unidades de saúde e os hospitais parceiros, discutindo em igualdade de condições a implantação da linha de cuidados para gestantes, a atualização de protocolos clínicos e a padronização de critérios para encaminhamento de alto-risco.

A dimensão política da viabilidade aliada à capacidade de decisão, à capacidade operacional e à capacidade de permanência, foi considerada pelos atores com favorável. As dimensões econômicas e organizacionais aliadas à capacidade de decisão também foram favoráveis. Aliadas às capacidades operacional e de permanência as respostas mostram dificuldades. Há necessidade de trabalhar a informatização da rede, o incremento do Programa de Saúde da Família, o aumento da disponibilidade de exames de ultrassonografias, o aperfeiçoamento dos registros dos atendimentos e o monitoramento e avaliação contínua das ações do programa, em parceria com os outros grupos de atores envolvidos.

6 ANÁLISE DA VIABILIDADE

Com a análise de todos os dados coletados na pesquisa, através de documentos escritos oficiais, entrevistas estruturadas e observação não participante, estudadas em acordo com a literatura revisada, foram pontuados fatores relevantes no trabalho.

O estudo foi feito buscando agrupar os resultados, segundo a ótica dos grupos de atores, constantes da observação e da análise de documentos oficiais, relacionando-os em cada dimensão da viabilidade aliada à sua capacidade ou plano de realização.

Na literatura revisada, para estudar a viabilidade, considerou-se a importância de suas três dimensões, a política, a econômica e a organizacional. Houve a necessidade de interpretar estas dimensões associadas individualmente à sua capacidade ou plano de decisões (querer fazer), capacidade de organização (poder fazer) e capacidade de permanência (poder manter sendo feito).

A repetição de modelos e situações encontradas na análise dos resultados, associados ao papel dos atores e sua importância na Linha de Cuidados para Gestantes no município de Porto Alegre, mostrou diferentes enfoques da viabilidade.

Foram classificados estes enfoques, para melhor entendimento da pesquisa, como viabilidade favorável, viabilidade favorável com restrições e viabilidade a ser construída. Favorável é o conceito atribuído para alta viabilidade de implantação do novo programa de assistência à gestante. Favorável com restrições é o conceito de média viabilidade. Aponta algumas restrições que não são impeditivas mas que estão sendo trabalhadas para implantação do programa. Viabilidade a ser construída é o conceito referente à baixa viabilidade, é o enfoque que não inviabiliza a situação estudada mas que refere situações que devem ser resolvidas e solucionadas, construindo a viabilidade.

No Quadro 2 consta a análise das dimensões da viabilidade associadas às suas capacidades.

VIABILIDADE	CAPACIDADE DE DECISÕES	CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO	CAPACIDADE DE PERMANÊNCIA
DIMENSÃO POLÍTICA	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL
DIMENSÃO ECONÔMICA	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL COM RESTRIÇÕES
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL COM RESTRIÇÕES	VIABILIDADE A SER CONSTRUÍDA

Quadro 2 – Viabilidade da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes.

6.1 DIMENSÕES/CAPACIDADES

Como observou-se, os diferentes enfoques não são impeditivos para implantação da Linha de Cuidados para Gestantes, mas demonstram a necessidade de construção da viabilidade, principalmente na capacidade de permanência do Programa.

A dimensão econômica da viabilidade, quando associada à capacidade de permanência, mostra enfoque favorável mas com restrições. Este fato indica a necessidade de gastos com informatização da rede, com treinamento de servidores, com a contratação de servidores para manutenção dos quadros de recursos humanos existentes e com o aumento da oferta de exames de ecografia.

A dimensão econômica, em uma análise conjunta com a dimensão organizacional, mostra a necessidade de ampliar o Programa de Saúde da Família, informatizar a rede e melhorar a alimentação do SISPRENATAL para garantir a regularidade do recebimento dos incentivos financeiros do Programa.

Observando a dimensão organizacional associada à capacidade de organização, também encontramos um enfoque favorável à implantação da Linha de Cuidados para Gestantes, mas com restrições. É necessário organizar a busca ativa de gestantes nas unidades que não têm PSF, treinar os servidores para correta alimentação do SISPRENATAL e garantir as referências para os exames de ultrassonografias.

A dimensão organizacional quando associada à capacidade de permanência indica a necessidade de construção da viabilidade. Neste enfoque, a construção da viabilidade de permanência da linha de cuidados para gestantes passa pela necessidade de implantação de um Grupo de Controle e Monitoramento das Ações do Programa, composto por representantes dos três grupos de atores responsáveis pelo novo modelo de assistência.

A construção da viabilidade de permanência está diretamente ligada ao treinamento e manutenção do quadro de servidores, à garantia e manutenção da capacidade instalada da rede, à informatização da rede e ao acesso das referências necessárias ao programa.

Importante comentar que enquanto os municípios da região metropolitana não fizerem o Termo de Adesão ao PHPN, pactuando as referências para o parto, para as intercorrências e para o alto risco, os hospitais de Porto Alegre terão de atender também a demanda espontânea desorganizada das gestantes da região.

Merece comentário a repetição, na análise, da dificuldade de transporte para as gestantes, informada nas entrevistas dos três grupos de atores. Esta situação está relacionada aos problemas sociais e ao difícil acesso de algumas regiões do município. A Secretaria Municipal de Saúde trabalhou junto com a Secretaria Municipal de Transportes no sentido de que as referências hospitalares e laboratoriais para as unidades sanitárias, estivessem ao alcance de apenas uma linha de ônibus. Esta ação, embora melhore o deslocamento das

gestantes, não resolve o problema social que permanece como um desafio às autoridades do município e da sociedade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas diversas etapas do desenvolvimento do estudo, foi-se alcançando os objetivos específicos propostos no projeto de pesquisa, para que se pudesse construir a idéia final referente ao objetivo geral. Desta forma, conheceu-se as condições políticas, econômicas e organizacionais existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para a implantação da Linha de Cuidados para Gestantes. Todo o estudo conduziu a uma análise qualitativa de dados coletados no sentido de dimensionar a viabilidade política, econômica e organizacional da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes no município, que eram os objetivos específicos propostos.

O objetivo geral de analisar a viabilidade, como um todo, da implantação da Linha de Cuidados para Gestantes, foi alcançado. Pode-se concluir que a implantação da Linha de Cuidados para Gestantes em Porto Alegre, garantindo o acolhimento e todo o tratamento regular da gestante, desde o diagnóstico da gravidez até a referência para continuidade do tratamento da puérpera e do recém-nato, é viável. Esta afirmação ficou embasada pelos resultados da análise qualitativa dos dados coletados para o estudo, utilizando o procedimento de avaliar as dimensões da viabilidade associadas às suas capacidades e planos.

Da mesma forma, conclui-se que a manutenção da assistência pela Linha de Cuidados para Gestantes, deverá ter sua viabilidade construída em situações pontuadas no estudo, em acordo com as informações e as expectativas dos atores envolvidos.

A conclusão do estudo é de que é viável a implantação do novo modelo de assistência à saúde da gestante no município de Porto Alegre, mas que a viabilidade de continuidade desta ação, deverá ser construída e monitorada.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde.** Ciênc. Saúde coletiva, 2002, v.7, n.3, p.401-412.

BRASIL, Ministério da Saúde; Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000: **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

BRASIL, Ministério da Saúde; Portaria nº 570/GM, de 1 de junho de 2000: **Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Const. da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, p.197.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. CHAMPAGNE, F. DENIS, J. L. BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa:** definição, estrutura e financiamento. Ed. Hucitec Abrasco, 1994.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo.** 2ª ed. Brasília: IPEA, 1996. Tomo II.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social, métodos e técnicas.** 3ª ed., 1999, p. 207.

ANEXOS

A – TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

B – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER – 4º TRIMESTRE DE 2003 – DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.