



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA BAHIA

Relatório das visitas às unidades de Obstetrícia de Salvador e Lauro de Freitas

Salvador, 26 de novembro de 2015



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA BAHIA

Grupo de Trabalho:

- Carlos Augusto Pires Costa Lino
- Caio Nogueira Lessa
- Claudia Margaret Smith
- João Paulo Queiroz Farias
- José Carlos Jesus Gaspar
- Luiz Américo Pereira Câmara
- Marcia Maria Pedreira da Silveira
- Mônica Bahia Alice
- Nelson Lorenzo Oitaven Júnior
- Roberta Karina da Silva Vieira
- Sandra Renata Amaral Noronha Marques
- Vera Lúcia Silva Nossa dos Santos



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA BAHIA

SIGLAS e ABREVIATURAS:

ACCR: Acolhimento com classificação de risco

ATA: Ácido Tricloroacético

CER: Central Estadual de Regulação

CID: Código Internacional de Doenças

CPN: Casa de Parto Natural

CTG: Cardiotocografia

CRPA: Centro de Recuperação Pós Anestésica

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HEMOBA: Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia

HGMF: Hospital Geral Menandro de Faria

HGRS: Hospital Geral Roberto Santos

IPERBA: Instituto de Perinatologia da Bahia

MAS: Maternidade Albert Sabin

MCO: Maternidade Climério de Oliveira

MRPJMMN: Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto

MTB: Maternidade Tsylla Balbino

MS: Ministério da Saúde

NV: Nascidos vivos

PP: Pré-Parto

PPP: Pré-Parto/ Parto/Pós Parto

RN: Recém-Nascido



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA BAHIA

SESAB: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SINASC: Sistema de informação de nascidos vivos

SOGIBA: Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia

SUS: Sistema Único de Saúde

UCIN :Unidade de cuidados intermediário neonatal

UFBA: Universidade Federal da Bahia.

US: Ultrassonografia

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA BAHIA

INTRODUÇÃO

Frente às recorrentes vivências de crise na assistência obstétrica no atendimento no âmbito do Sistema Unificado de Saúde (SUS) na cidade de Salvador, a Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (SOGIBA) comprometeu-se em traçar um diagnóstico situacional com a anuência da Secretaria e Saúde do Estado da Bahia (SESAB). A SOGIBA pretende desta forma, contribuir para a busca de soluções que promovam a melhoria no cuidado da mulher no ciclo gravídico puerperal no estado. Sabe-se que a peregrinação da mulher neste período é um dos principais determinantes da morbimortalidade materna/perinatal. Intencionou-se entre outros objetivos, identificar se há a má distribuição de leitos obstétricos e/ou a insuficiência de leitos obstétricos ativos que possam levar à plethora de alguns serviços que induziriam à peregrinação anteparto, abortamento e puerpério.

Em 08/04/2015, face à grave situação de superlotação que agravou a “Crise Obstétrica” no estado da Bahia, foi criada uma comissão composta por obstetras da rede SUS, em reunião da SOGIBA. O presente documento representa o resultado de visitas realizadas por esta comissão às maternidades vinculadas ao SUS de Salvador e Lauro de Freitas em 2015. Ele descreve as principais fragilidades que foram identificadas, assim como sugestões de estratégias para mudança, na visão do especialista. Intenciona-se com isto, subsidiar os gestores na implementação de melhorias da assistência obstétrica em nosso estado.

O objetivo primário foi a identificação dos “Nós Críticos” que tem levado às unidades de obstetrícia à superlotação e ao comprometimento da qualidade da assistência da mulher que recorre a um atendimento obstétrico de urgência.

Demanda de Leitos Obstétricos em Salvador

O cálculo do quantitativo de leitos obstétricos necessários pode ser realizado de acordo com a Portaria SAS/MS N° 650 de 05/10/11. Por este, o cálculo baseia-se no número de habitantes de determinada região. Pela estimativa do IBGE, a população da Grande Salvador foi de 3.953.290 habitantes em 2015. Sabendo-se que 71% desta população são usuários do SUS, o número de leitos obstétricos necessários para atender a demanda da Região Metropolitana de Salvador, pelo cálculo acima, é de 785.

Mais recentemente, o cálculo passou a ser realizado baseado na Nota Técnica da Rede Cegonha do MS de 2012. Neste novo cálculo, toma-se como base, o número de Nascidos Vivos (NV). Por este instrumento, considerando-se que o número de NV em 2014, em Salvador, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), foi de 45.803, a necessidade de leitos obstétricos para esta cidade é de 456, dos quais, 352 leitos seriam direcionados para risco habitual e 104 para alto risco.

Deve-se pontuar que, as maternidades de Salvador não se restringem à assistência da população desta cidade, desde que gestantes provenientes do interior do estado migram para Salvador em busca de garantia de uma assistência obstétrica mais efetiva ou mesmo, de alguma assistência, frente à carência desta na sua região.

Importante salientar também que, sendo o cálculo do número de leitos necessário baseado no número de NV, não contempla as pacientes em situação de abortamento ou com necessidade de internamento para acompanhamento clínico obstétrico. Situação mais grave é identificada nos casos ginecológicos que competem com as gestantes na ocupação de leitos obstétricos frente à carência de leitos direcionados para cirurgias ginecológicas.

Diante do exposto e da superlotação testemunhada nas maternidades evidencia-se a deficiência de leitos para Assistência ao Parto e Nascimento na Cidade de Salvador e a necessidade de reavaliar as metodologias e as bases de cálculos para melhor clareza do quantitativo de leitos obstétricos/neonatais necessários para a Cidade de Salvador.

1. METODOLOGIA

Foram realizadas visitas em unidades de obstetrícia do SUS de Salvador e Lauro de Freitas no período de abril a agosto de 2015. Os serviços avaliados foram os de gestão direta da SESAB, os conveniados ao SUS e unidade terceirizada. As visitas foram feitas por duas pessoas da comissão de trabalho em cada serviço, sem que a unidade visitada fosse avisada previamente. Foram incluídas neste trabalho dez unidades de saúde. O período de visita foi de acordo com a escolha de cada grupo. O turno e o dia da semana foram escolhidos pela dupla que realizou a visita.

As maternidades de Salvador visitadas gerenciadas por gestão direta foram: Maternidade Tsylla Balbino (MTB), Maternidade Albert Sabin (MAS) e o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). Os hospitais gerais com serviço de obstetrícia visitados foram: Hospital Geral Roberto Santos e Hospital João Batista Caribé. Os serviços obstétricos conveniados ao SUS e que foram envolvidos neste trabalho foram as unidades de obstetrícia do Hospital Sagrada Família e do Hospital Salvador, sendo este gerenciada pelo Hospital Sagrada Família. A Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN) é uma maternidade da rede própria da SESAB sob gestão indireta, administrada pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia e também foi submetida a avaliação. Foram ainda incluídas neste trabalho, a Maternidade Climério de Oliveira que é vinculada à Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Casa de Parto Natural (CPN) Marieta de Souza Pereira, ambas contratualizadas pela SESAB. Em Lauro de Freitas, foi realizada visita ao Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF), pela proximidade com Salvador, entendendo que o seu funcionamento impacta diretamente na assistência obstétrica da cidade.

Foi utilizado um instrumento de coleta comum a todos as unidades visitadas (em anexo).

RESULTADOS:

I. Unidades da Rede Própria:

A. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA

1. Espaço Físico:

Admissão: 03 leitos;

Pré-parto: 07 leitos; 04 macas (às vezes funcionam como cama);

CRPA: 04 camas;

Enfermaria: 53 leitos;

Berçário de médio risco: 15 leitos

Canguru: 04 leitos.

2. Recursos Humanos:

47 obstetras:

- 12 com regime de 24h;

- 08 com regime de 20h;

- 27 com regime de 12h;

→ 01 diarista no sábado passando todas as pacientes da enfermaria.

15 anestesistas:

- 05 com regime de 24h;

- 10 com regime de 12h.

33 pediatras:

- 12 com regime de 24h;

- 06 com regime de 20h;

- 15 com regime de 12h.

→ 01 diarista para todas as pacientes de pediatria.

09 ultrassonografistas:

- 04 com regime de 24h

- 05 com regime de 12h.

-03 enfermeiras obstétricas;

-02 cirurgiões gerais.

3. Serviços:

Pré-natal de alto risco: 11 turnos;

Ambulatório de ginecologia: 17 turnos;

Ambulatório de prevenção do câncer: 03 turnos;

Ambulatórios de mastologia: 06 turnos;

Cirurgia ginecológica: 07 turnos;

Ambulatório de sexologia: 02 turnos;

Ambulatório de uroginecologia: 02 turnos;

Planejamento reprodutivo: 02 turnos;

ACCR de segunda a sexta pela manhã.

Na emergência:

Disponibilidade de Cardiotocografia (CTG);

Acompanhante: Na admissão- sem acompanhante;

No parto – só sexo feminino;

Na enfermaria – presença, de livre escolha.

Não tem gestão de leitos;

Período médio para obtenção de Alta:

Parto natural – após 24 horas;

Parto cesariano – após 48 horas.

4. Retrato do momento:

4.1. Emergência:

Presença de três pacientes na sala de espera;

Não havia restrição de atendimento, nem estímulo para procurar outra unidade;
Tempo médio de espera para atendimento foi menor que quatro horas;
Predominância de gestante na unidade.

5. Pontos positivos e questionamentos:

Grande número de obstetras, porém existem plantões com equipe incompleta;
Acompanhante de livre escolha na enfermaria;
Pessoal do administrativo do setor pessoal bem qualificado;
Regulação 24 horas, porém com atualização ineficiente das solicitações de transferências, em especial nos finais de semana.

6. Fragilidades e sugestões: Tabela abaixo:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Espaço da admissão e espera das pacientes muito desconfortáveis, sem espaço para acompanhantes. Pacientes em observação ficam misturadas com pacientes que esperam atendimento. Na sala de espera ficam misturadas pacientes aguardando triagem e outras tomando medicação.	Delimitação do espaço para pacientes em observação ou para uso de medicação. Colocar pacientes em locais distintos
ACCR apenas no período matutino durante a semana. Inexiste este serviço nos finais de semana.	Expansão da ACCR para todos os dias durante 24 horas
Má distribuição dos profissionais existentes	Rever o total de profissionais da casa, em especial ginecologistas e obstetras. Há um grande número de profissionais em ambulatório e enfermaria. No entanto, existem plantões com apenas 01 obstetra.

	Esta ação poderia modificar completamente a realidade atual no que se refere a recursos humanos.
Pacientes da regulação não são atualizados nos finais de semana. Muitas pacientes que estão na regulação já tiveram seu caso resolvido.	Revisão diária dos pacientes que se encontram na regulação
Má distribuição dos serviços: 11 turnos de pré-natal e 26 turnos de outros ambulatorios	Avaliar a demanda do distrito e a partir daí fazer a distribuição dos ambulatorios. 06 turnos de ambulatório de mastologia com apenas 01 turno cirúrgico. Rever a real vocação da casa.
Baixo número de pacientes vinculadas	Definição da população do pré-natal.
Não respeito à política da vaga sempre	Ter a equipe de admissão desvinculada da equipe de pré-parto e parto.

B. MATERNIDADE ALBERT SABIN

1. Espaço Físico:

Admissão: quatro (04) boxes separados por divisórias e fechadas com cortina;
Disponibilidade de Cardiotocografia;

Pré-parto: três (03) leitos divididos entre si por cortinas, sendo dois (02) são PPP;
Cardiotocógrafo no pré-parto;

Bloco cirúrgico:

Uma (01) sala com duas mesas para assistência ao parto natural e uma mesa para curetagem uterina;

Uma (01) sala para cirurgia;

O local original do berçário encontra-se desativado.

→ Atualmente ele está ocupando duas (02) salas de cirurgia;

Enfermaria: 66 leitos, sendo 04 para mãe canguru.

2. Recursos Humanos:

Neonatologistas: Plantonistas - 02 a 03 por turno;

Diaristas: 01 diarista no final de semana para examinar todos os RN da enfermaria;

Obstetras: Plantonistas - 03 a 04 por turno;

Diarista: 01 diarista no final de semana para as pacientes da enfermaria.

Anestesista: 01 a 02 por turno;

Pré-natalistas: 01 para alto risco 02;

03 para alto risco 01;

Prevenção do câncer ginecológico: 01 profissional.

3. Serviços:

Regulação tem funcionamento ininterrupto;

ACCR de segunda a sexta, das 07 às 17h (segundo relato dos plantonistas).

4. Retrato do momento:

Na sala de espera havia seis gestantes e um RN aguardando atendimento. De acordo com a entrevista feita no momento da visita, foi relatado pelas gestantes

período de espera de 40 minutos, 02:30h, 21h, 25h e até 27h. O recém-nascido estava esperando há 01 hora;

Na admissão estavam ocupados 3 blocos, estando apenas 1 vazio. Este último estava vazio por ser “*Leito de Parada*”;

Presença de apenas um médico obstetra e um médico pediatra como diaristas;

Nas enfermarias, havia apenas presença de um médico obstetra e um médico pediatra como diaristas não há separação de leito por estado obstétrico Em uma enfermaria, pode-se encontrar gestante, puérpera e pós curetagem;

Flagrante falha na Segurança do Paciente: no momento da visita havia uma paciente com comprimido de uma medicação anti-hipertensiva, que relatou que o mesmo foi lhe entregue pela enfermeira para que ela tomasse com água, porém não foi lhe oferecido água nem assegurado que a paciente havia, de fato, feito uso da medicação.

5. Pontos positivos e questionamentos:

Hospital com limpeza adequada;

Excelente espaço físico;

Central da regulação da unidade com funcionária muito capacitada e organizada.

6. Fragilidades e sugestões: Tabela abaixo:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Entrada da emergência mal cuidada	Melhora imediata desta área, podaço das plantas e grama. Esta ação não precisa de financiamento.
Presença de leitos vagos que não estavam computados pela central de regulação local.	Gestão de leitos diariamente

<p>Ausência de ACCR nos finais de semana</p>	<p>Presença de serviço de ACCR todos os dia da semana, inclusive nos sábados, domingos e feriados.</p>
<p>Alta permanência de mãe e RN.</p>	<p>Gestão de leitos, aumento do quantitativo de profissionais que passam a enfermaria. Apenas 1 obstetra e 1 neonatologista para fazer a visita é muito pouco. Há uma maior chance de erros e retardo de altas.</p>
<p>Demora na realização de exames externos. Tomografia cerca de 30 dias</p>	<p>Integração da regulação com a rede buscando diminuir o tempo de espera dos pacientes para realização de exames.</p>
<p>Demora no resultado de alguns exames. A tomografia por exemplo, além de 30 dias para fazer, demora 30 dias para o resultado (presença de uma criança internada que esperou 1 mês para fazer uma tomografia e estava aguardando há 20 dias o resultado, que só sairia após 30 dias de realização do exame. A mãe e criança já estavam 50 dias na maternidade por causa de uma tomografia.</p>	<p>Agilizar a realização e o resultado dos exames. Saber da rede o porquê da demora e consultar estancias superiores.</p>
<p>Saída da paciente após a alta a partir das 14h, gerando bloqueio de leito</p>	<p>Trabalhar com previsão de alta no dia anterior, possibilitando as saídas das pacientes ainda no turno matutino.</p>
<p>Parada de avaliações das pacientes que chegavam. Estavam aguardando ter leito na enfermaria para que as pacientes da sala de espera fossem atendidas. Na entrevista encontramos pacientes esperando há mais de</p>	<p>Várias ações citadas melhoraria esta questão. Alta pela manhã, diminuição de tempo de internamento para curetagem. Equipe de profissionais exclusivos para sala de admissão. Estes seriam independentes da equipe de</p>

24h.	plantão.
As mulheres não são separadas nas enfermarias por estado obstétrico, ou seja, existem gestantes na mesma enfermaria que pós curetagem.	Implantar enfermaria de gestante e de mãe acompanhante.
Atenção da enfermagem aos cuidados com as pacientes internadas. Como exemplo citamos uma gestante que se encontrava com 1 comprimido de metildopa às 13horas. Segundo a gestante, esta medicação foi entregue para ela às 12h. Não foi dado água. A gestante disse que estava indisposta pra ir pegar água no bebedouro que ficava no início do corredor. Resultado: a paciente não usou a medicação no horário prescrito. Às 13 horas o colega inserido neste trabalho que foi pegar a água.	Capacitação da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente

C. MATERNIDADE TSYLLA BALBINO

1. Espaço Físico:

Recepção: capacidade para 10 pacientes sentadas;

Admissão: 5 boxes para atendimento: 04 são para atendimento obstétrico
01 para atendimento neonatal.

O espaço é climatizado e existe 2 mesas de trabalho médico ou enfermagem;

Pré- parto: 6 camas PPP. É dividido em 2 ambientes e quando necessário, comporta 2 leitos de observação.

Neste ambiente, observou-se uma sala com medicamentos e materiais médico-hospitalares, porém não se configura uma farmácia satélite;

Enfermaria: 47 leitos ativos, distribuídos em 9 enfermarias.

→**Flagrante:** Existência de 5 leitos bloqueados (01 enfermaria específica por reforma, iniciada há aproximadamente 01 ano);

Centro cirúrgico: 2 salas de cirurgia e 1 de curetagem (ausência de carro de anestesia). Ausência de sala de CRPA e existência de um espaço que serve de copa (dentro do centro cirúrgico);

A impressão geral é tratar-se de uma unidade antiga, com aparentes intervenções anteriores, com aspecto externo relativamente degradado e internamente com vários pontos de infiltração;

Na recepção principal tem uma placa de 1º de Dezembro de 2009, sinalizando reforma e reequipamento do espaço de convivência e cenário de parto, porém este espaço está desativado para a assistência obstétrica;

O ACCR está adaptado no corredor que dá acesso ao pronto atendimento. Este serviço é feito por estagiárias de enfermagem. Não há funcionário de enfermagem da maternidade destinado para esta atribuição;

A unidade de regulação está instalada em sala própria, equipada com fax e computador, próximo à recepção e pronto atendimento. As regulações não são atualizadas diariamente.

2. Recursos Humanos:

Equipe de obstetrícia: 47 obstetras

Plantonistas: 04 obstetras no período diurno e 04 no período noturno.

Não havia escala disponível, porém tomamos conhecimento de que há períodos em que a equipe está incompleta.

Diaristas de obstetrícia: 02 por dia, porém apenas 01 nos finais de semana. Existe diarista que faz a passagem da enfermaria no período vespertino. Isso prejudica a saída da paciente, além do longo tempo de espera para a avaliação (as pacientes que são avaliadas por este profissional não são vistas por outro profissional pela manhã).

Equipe de neonatologia: 02 por turno diariamente, inclusive na UCIN;

Equipe de anestesia: 02 por turno diariamente;

Equipe de cirurgia geral: 02 de sobreaviso;

Equipe de ultrassonografia: 6 profissionais distribuídos de segunda a sábado, em turnos matutino e /ou vespertino. Presença de 01 ou 02 por dia. Não há serviço de ultrassonografia aos domingos;

Unidade da Central de Regulação: 24h por dia, diariamente, inclusive finais de semana;

Equipe de enfermagem: 01 enfermeira no pronto-atendimento que também dá suporte a outros setores e conta com o apoio de 02 ou 03 técnicos de enfermagem; No pré-parto, conta com 01 enfermeira obstetra e 02 técnicas de enfermagem, 24h por dia, diariamente. Na escala de centro cirúrgico constam 02 técnicos de enfermagem, 24h por dia, diariamente. Na UCIN (CO), há 01 enfermeira e 02 técnicas de enfermagem diariamente, 24h por dia;

Equipe de fisioterapia: 01 fisioterapeuta, 24h por dia, na UCIN;

Equipe de fonoaudiologia: 01 fonoaudiólogo, na UCIN;

Equipe de Terapia Ocupacional: 01 profissional na UCIN.

3. Serviços:

ACCR: Não funciona continuamente. Segundo diretoria, não há quantitativo de recursos humanos para este serviço;

CER: 24h por dia;

Gestão de leito: Sim;

Cardiotocografia: 2 unidades disponíveis, no pronto-atendimento e no pré-parto;

Unidade transfusional: Não tem. Tem apoio do HEMOBA;

Ultrassonografia: conta com aparelho de ultrassonografia, equipado com Doppler, realizado por equipe de ultrassonografia em escala ambulatorial, de segunda a sábado, no período diurno. Nos dias úteis conta com a presença de um assistente, porém nos sábados e feriados, o ultrassonografista trabalha sozinho;

Laboratório: funciona diariamente, 24 horas por dia, disponibilizando os exames recomendados para a urgência obstétrica, com 1 bioquímico e 2 técnicos em regime de plantão;

Farmácia: funcionamento 24h por dia;

CME: funcionamento no período diurno;

Ambulatórios: estavam fechados por conta do feriado e ponto facultativo no dia 05/06/15.

4. Retrato do momento:

4.1. Emergência:

Recepção lotada com 10 pacientes aguardando atendimento, algumas desde às 06:45h daquele dia, ansiosas e relatando que algumas pacientes já tinham

declinado da espera, desistindo do atendimento e manifestaram que procurariam outra maternidade;

O setor da CER estava funcionando. O assistente de regulação informou que havia três pedidos da unidade de internação, ainda não deferidos, destes um do dia 03/06/15 e outros 2 dos dia 04/06/15. No dia da visita, ainda não havia sido feito nenhum pedido de recurso à rede através da CER;

O ACCR: não havia no dia da visita.

Pronto-atendimento: 19 fichas aguardando atendimento. Encontramos 1 enfermeira no local que nos informou que a equipe de obstetras estava incompleta (apenas dois naquele plantão) e que já haviam realizado 3 cesáreas naquela manhã.

Pré-parto: encontrava-se com todos os leitos ocupados, destes havia 2 ocupados por puérperas por falta de leitos no alojamento conjunto.

Não havia restrição (triagem) de atendimento;

Presença de acompanhante;

Tempo médio de espera para atendimento foi de 4-6 horas;

Predominância de gestantes (obstétricas) aguardando atendimento. No setor de internamento, havia predominância de puérperas e pacientes pós-abortamento.

A procedência das pacientes era da própria capital, predominantemente de bairros circunvizinhos.

Na unidade de internação, encontramos:

- Enfermarias A – 30 leitos: 5 leitos vagos;
- Enfermarias B – 11 leitos: todos ocupados;

→**Flagrante:** Cenário de Parto- (transformado em unidade neonatal):

- Quarto PPP01 – transformado em UCINCo (6 leitos) – todos ocupados
- Quarto PPP05 - transformado em isolamento – vago

→**Flagrante:** Espaço de convivência – transformado em UCINCa – ocupado por 6 puérperas

→**Flagrante:** Enfermaria D – 16 leitos, sendo que 5 estavam interditados e 5 desativados, estes últimos foram transformados em depósito.

5. Pontos positivos e orientações:

Presença de assistente de Regulação da CER nas 24h por dia;

Presença de enfermeira obstétrica;

Presença de equipe de cirurgia geral de sobreaviso (porém 1 das pacientes reguladas era para avaliação por cirurgião geral);

Presença de acompanhante em todas as unidades.

6. Fragilidades e Sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Local de espera desconfortável	Melhora das condições físicas, ambiência e receptividade para garantia do acolhimento.
Equipe de obstetra incompleta, apesar de um quantitativo de 47 obstetras	Manter um número mínimo de 04 obstetras no plantão.
Alta permanência de pacientes pós-abortamento	Otimizar o internamento, indução, esvaziamento e alta pós abortamento, implantando protocolos específicos.
Demora no atendimento na sala de admissão	Avaliar a colocação de equipe fixa na sala de admissão para que ocorram as avaliações das pacientes que chegam, independentemente do número de vagas.
Puérpera no pré-parto com leito vago na enfermaria	Otimização da regulação interna, através da gestão de leitos.

Paciente necessitante de avaliação de cirurgia geral em regulação	Chamar cirurgião de sobreaviso para exame das pacientes que precisem deste atendimento (implantação de fluxo). Existem 02 cirurgiões gerais que são funcionários da unidade.
Ausência de serviço de ultrassonografia aos domingos	Instituir serviço de ultrassonografia aos domingos
Ausência de assistente na sala de ultrassonografia nos finais de semana e feriados	Trabalhar com escala nos finais de semana, em regime de plantão, pelo menos diurno, inclusive finais de semana, para aumentar oferta e resolutividade da unidade e evitar alguns internamentos.
Ausência de ACCR diariamente (quem faz são as estagiárias de enfermagem)	Implementação da ACCR com funcionários da maternidade
Equipe de cirurgia geral sem atividade definida. Não há escala de sobreaviso dos cirurgiões para os plantonistas de obstetrícia. Muitos inclusive desconhecem este serviço.	Avaliar a necessidade de 2 cirurgiões na maternidade, analisando o número de intervenções cirúrgicas realizadas por esses profissionais ao ano. Definição deste serviço de cirurgia na unidade

D. **HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

1. Espaço Físico:

Admissão: 04 consultórios (mais 02 leitos de observação);

Pré- parto: 13 leitos (04 de alto risco e 09 de baixo risco);

Enfermaria: 65 leitos;

Salas de parto: 05 (somente 03 estão equipadas para funcionar);

Salas de cirurgia: 02;

UTI NEO: 12 leitos;

Berçário de médio risco: 18 leitos.

2. Recursos Humanos:

Obstetras:

Plantonistas - 04 por turno de 12 horas (atualmente a maioria dos plantões funciona apenas 03 plantonistas);

Neonatologistas: 02 por plantão sendo 01 no CO e 01 na UTI Neonatal;

Residentes: em média 02 por plantão de 12 horas, mas há plantões com 04 e outros com nenhum.

3. Serviços:

CER: 24 horas (pacientes dificilmente são regulados);

ACCR: irregular (escala de profissionais não contempla todos os plantões);

Gestão de leitos: existente.

4. Retrato do momento:

Presença de 23 pacientes aguardando atendimento.

Havia pacientes internadas em todos os consultórios da admissão, pré- parto e até na sala de ACCR, o qual não estava sendo realizado;

Tempo médio de espera: Mais de 4 horas;

Restrição de internamento: Sim, devido à falta de vagas;

Obstetras orientados pela direção a regular todas as pacientes de baixo risco;

Havia 24 pacientes no pré parto (incluindo todos os leitos disponíveis, macas e consultórios);

Presença de acompanhante na admissão;

Presença de pacientes ginecológicas na admissão;

01 RN esperando para fazer cirurgia há mais de 10 dias;

03 das 05 salas de parto estavam ocupadas com RNs, (somente 02 salas em condições de funcionamento).

5. Pontos positivos e orientações:

Presença de múltiplas especialidades;

Gestão de leitos;

Acompanhante em todos os setores.

6. Fragilidades e sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
ACCR irregular	Serviço de ACCR 24 horas/diariamente
Ausência de ambulância	Aquisição de ambulância
Pacientes aguardando atendimento por longo período	Equipe de admissão independente da equipe de plantonistas
Não havia avaliação das pacientes que chegavam por demanda espontânea e/ou por encaminhamento via regulação de outra unidade	Central de regulação efetiva

E. **Hospital João Batista Caribé**

1. **Espaço Físico:**

Admissão: 02 macas e 02 mesas para atendimento;

Pré-parto: 03 camas PPP;

Enfermaria: 47 leitos e 08 para reativar.

→Existem 12 leitos de enfermaria bloqueados por falta de pessoal;

Berçário de médio risco: 08 leitos (não tem plantonista, só diarista);

Sala de observação: 08 leitos;

Salas de parto normal e curetagem: 01 sala com duas mesas de parto/curetagem;

Salas cirúrgicas: 02;

Área específica destinada para as pacientes em situação de abortamento.

2. **Recursos Humanos:**

Obstetras: 02 a 03 por turno de plantão;

Anestesista: 01 por turno. Não há substituto de férias;

Enfermeiras obstetras: 02 por turno;

Cirurgião geral: 02 turnos de ambulatório e cirurgia ginecológica.

3. **Serviços:**

ACCR: 24 horas (funcionária deslocada para outro serviço caso haja necessidade, situação que ocorre com frequência);

Central de regulação: 24h;

Ambulatório de Pré-natal: 03 turnos na semana (segunda, quarta e sexta);

Cardiologista no ambulatório para as pacientes do pré natal: 02 turnos semanais;

Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis: 04 turnos semanais;

Ambulatório de Cirurgia: 02 turnos contínuos semanais;

Planejamento Reprodutivo: 04 turnos semanais sendo distribuídos em 12horas/dia às terças e quintas feiras;

USG: manhã e tarde da segundas, terça, quinta e sábado.

→ Não há USG nas quarta, sexta e domingo;

Ambulatório de neonatologia às segundas, terças, quartas e quintas-feiras;

Cirurgia ginecológica: 03 turnos/semana;

Produção:

→ Produção de cirurgia ginecológica:

Média de 02 histerectomias e 4 laqueaduras por semana

Cardiotocografia: 02 aparelhos novos;

O **partograma** faz parte do prontuário da obstetrícia, **porém não é preenchido:**

A alta pós curetagem se dá em torno de 12 a 24 horas;

A alta do binômio após o parto natural se dá em média 24h;

A alta do binômio após o parto cesárea se dá em média 48 a 72h.

4. Retrato do momento:

4.1 Emergência:

Presença de 03 pacientes no pré-parto;

Nenhuma paciente aguardando atendimento;

Não havia restrição de atendimento;

Presença de acompanhante;

Tempo médio de espera para atendimento foi menor que 4 horas;

Predominância de gestante na unidade;

Laboratório precários, sempre falta exames.

4.2 Ambulatório:

Pré-natal de alto risco limitado.

Há muita recusa para atendimento no pré-natal da unidade. Tenta-se transferir para pré-natal do HGRS / MRPJMMN.

No ambulatório de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST), encontrava-se apenas a enfermeira que disse fazer tratamentos, mesmo sem a presença do médico, inclusive cauterização de condilomas com ATA.

5. **Pontos positivos e questionamentos:**

Presença de cardiologista. Avaliar possibilidade de estender consulta deste especialista para a rede;

Planejamento Reprodutivo: 04 turnos por semana. Sugere-se atividade de planejamento reprodutivo direcionado para os adolescentes;

Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): 4 turnos por semana. Sendo o profissional ginecologista e obstetra, seria interessante ao invés de quatro turnos de DST, fazer algum turno de ambulatório de ginecologia.

Nota-se uma grande desproporção entre os números dos ambulatórios de pré-natal e especialidades. Sendo uma maternidade de referência do distrito sanitário, não cabe a existência de apenas 03 turnos destinados a pré-natal.

Cirurgião geral: 02 turnos de ambulatório;

Cirurgia ginecológica: 03 turnos por semana;

Ambulatório neonatologia: 03 turnos;

Existe área especial para situação de abortamento.

6. **Fragilidades e sugestões:**

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Leitos de obstetrícia bloqueados	Desbloqueio dos leitos da enfermaria

Equipe incompleta	Providenciar profissionais para completar as equipes, em especial, os anestesista para as férias.
Estímulo à procura de outros serviços de pré-natal de alto risco	Melhora do acolhimento das mulheres que buscam a unidade para que não haja resistência por parte das pacientes.
Ampliação do pré-natal de alto risco (atualmente apenas 03 turnos). Os turnos atuais não atendem à demanda necessária do próprio distrito.	<u>Necessidade urgente de ampliação das vagas</u> Aquisição de profissionais para este fim ou que ocorra o remanejamento de profissionais que atendam outro tipo de ambulatório para o pré-natal de risco. Fazer capacitação caso haja necessidade.
Alta de curetagem de 12 a 24h	Diminuição do período de permanência no hospital nas pacientes pós curetagem (que não tenham complicações).
Ausência de ultrassonografia em alguns dias da semana e final de semana.	USG diária com garantia deste serviço nos finais de semana pelo menos um turno.
Pequeno quantitativo de partos	Aumento do quantitativo dos partos com definição da população alvo deste serviço.
População alvo das cirurgias ginecológicas não definida. De onde provêm estas pacientes	Definição da população que usa o serviço de cirurgia ginecológica. Como é feita a seleção destas pacientes. Obedece a regionalização ou são referenciadas? A informação é necessária.
Laboratório precário.	Identificação do que é necessário para o bom funcionamento: aparelhagem, recursos humanos, capacitação ou tudo isso?

F. HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA

1. Espaço Físico:

Pré-parto: 07 leitos e 01 banheiro para todas as pacientes;

Tem apenas 01 bola e 01 cavalinho disponível para as parturientes;

01 leito de PPP- usado apenas para o período expulsivo;

Centro Cirúrgico: 02 salas, sendo que apenas 01 tinha ar condicionado funcionando (já há algum tempo);

Não possui área separada para pacientes em situação de abortamento.

Enfermarias:

Enfermaria A: 06 leitos- estavam interditados (um pote de formol havia quebrado há alguns dias);

Enfermaria B: 05 leitos + 01 maca: ocupados (01 paciente pós-histerectomia abdominal total);

Enfermaria C: 05 leitos- ocupados (02 pacientes pós-HAT);

Acompanhante apenas para mulheres menores de 18 anos.

2. Recursos Humanos:

Equipe de obstetras: 02 por turno diariamente;

Equipe de neonatologia: Inexistente.

São 02 pediatras para todo o hospital que fazem assistência aos Recém Nascidos de algumas cesáreas e não fazem assistência aos RNs de parto natural;

Não tem plantonista no berçário - quem age nas intercorrências é o plantonista da emergência (segundo relato das funcionárias: “fazia dias que não tinha pediatra nos plantões”). Existem 02 auxiliares fixas no berçário;

Equipe de Anestesia: Um anestesista de plantão para todo hospital;

Equipe de Enfermagem: Nos plantões diurnos: 01 enfermeira para Obstetrícia e 01 enfermeira para Neonatologia. Nos plantões noturnos, tem apenas 01 enfermeira para obstetrícia e neonatologia;

01 auxiliar fixa no pronto atendimento;

Diaristas: 01 Obstetra e 01 Neonatologista.

3. Serviços:

ACCR: Não existe;

Gestão de leito: Não existe.

4. Retrato do momento:

Equipe de obstetras: estava incompleta (são 02/turno, mas até às 09:00 h havia apenas 01 obstetra de plantão);

No Pré-Parto:

01 gestante em trabalho de parto;

06 puérperas aguardando vagas na enfermaria;

Não havia restrição de atendimento;

Não havia nenhum acompanhante.

Na admissão:

02 pacientes estavam aguardando atendimento no PA.

No berçário:

Havia 01 RN.

Equipamentos:

01 berço para fototerapia;

02 berços aquecidos;

03 incubadoras com defeito;

01 berço de transporte sem uso (estava num depósito porque nunca houve treinamento sobre como e quando usar);

5. Pontos positivos e orientações:

CER: existente, mas não tinha solicitação desde dia anterior

6. Fragilidades e sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Pronto atendimento com apenas 01 leito	Aumento do número de leitos no PA
ACCR: Inexistente	Implantação da ACCR
Ausência de acompanhantes para mulheres maiores de 18 anos	Obedecer à lei que garante acompanhante de livre escolha
Gestão de leitos: Inexistente	Implantação da gestão de leitos
Serviço de USG no final de semana: Inexistente	Implantação do serviço de USG no final de semana
Não tem sala para observação e/ou medicação	Identificação de um espaço para este fim
Equipe de berçário subutilizada	Capacitação para estas equipes
Equipe de plantão incompleta	Necessidade de contratação pediatra/neonatalogista exclusivamente para maternidade e diarista para o berçário

II. Rede Própria – Gestão Indireta:

A. MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROFESSOR JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO

1. Espaço Físico:

Admissão com 09 leitos, sendo um para cardiocotografia;

Pré-parto com 05 leitos de PP, 12 leitos além do PP e 01 sala de parto;

Salas de cirurgia: 03;

Enfermaria: 92 leitos de puerpério;

30 leitos de gestante.

UTI NEO: 20 leitos;

UCI: 28 leitos;

Enfermaria para Mãe-Canguru: 30 leitos;

Enfermaria de Pediatria: 31 leitos;

UTI adulto: 10 leitos;

2. Recursos Humanos:

Obstetras:

55 obstetras: 34 com regime de 24h;

07 com regime de 36h;

03 com regime de 48h;

11 com regime de 12h.

Anestesistas:

30 anestesistas: 27 com regime de 24h;

03 com regime de 12h.

Pediatras:

53 pediatras: 04 com regime de 48h;

06 com regime de 36h;

68 com regime de 24h.

Ultrassonografistas:

08 ultrassonografistas: 07 com regime de 24h;

01 com regime de de 12h.

Outras especialidades:

Cirurgião Pediátrico e Cirurgião Geral em escala de sobreaviso;

02 endocrinologistas para assistência ambulatorial e visita na unidade de internação;

Equipe no plantão da emergência:

06 obstetras + 02 neonatologistas + 02 anestesistas + 01 enfermeira obstétrica por turno.

Equipe coordenada pelo Chefe de Plantão – Médico-Obstetra.

Hospital credenciado para residência médica: 02 MR presentes em cada plantão;

3. Serviços:

ACCR 24h por dia.

Serviço utilizado para triagem para atendimento. Apenas as pacientes de maior risco triadas por este serviço eram encaminhadas para atendimento pelo médico obstetra.

USG 24 horas (12h diurno presencial e 12h noturno sobreaviso).

4. Retrato do momento:

4.1. Emergência:

02 mulheres na sala de espera;

Restrição de atendimento;

Estímulo à procura de outra unidade (Como só as pacientes classificadas em vermelho e laranja eram atendidas, a longa espera levou à seleção, motivando a procura por atendimento mais ágil em outras unidades);
02 gestantes na regulação.

5. Pontos positivos e orientações:

Ter unidade de terapia intensiva (UTI), exclusiva para mulheres no ciclo gravídico puerperal;
Garantia de consulta puerperal após 07 dias do parto;
Setor de regulação na unidade por 24 horas;
Gestão de leitos todos os dias da semana;
Especialidades para Inter consulta como: nefrologista, cardiologista, infectologista, oftalmologista pediátrico, hematologista;
Sistema de informatização implantado;
Alguns protocolos discutidos e implantados (outros estão sendo construídos).
Estes protocolos são socializados por internet.

6. Fragilidades e sugestões:

<u>FRAGILIDADES</u>	<u>SUGESTÕES</u>
Restrição de atendimento (apenas ficha vermelha e laranja), mesmo com leitos obstétricos vagos na unidade de internação e camas livres no pré-parto	Definição da real vocação da maternidade de referência. Caso se mantenha aberta, deverá atender todas as fichas, não só as vermelhas e laranjas
Estímulo à procura de outra unidade, provocando peregrinação das mulheres	Determinar se a unidade será aberta à população ou fechada recebendo apenas as pacientes de alto risco reguladas

<p>Ausência de contrato com o gestor estadual, sendo justificado que isto atingia a viabilidade econômica da unidade, com corte de serviços como alimentação para o acompanhante, por exemplo.</p>	<p>Definição do tipo de contrato e momento de ser assinado</p>
<p>Restrição de matrículas novas no ambulatório de alto risco desde dezembro de 2014, o que tem provocado um aumento do número de mortes das gestantes cardiopatas*</p>	<p>Reabertura do ambulatório de pré-natal de alto risco</p>

*Informações fornecida pelo Comitê de Mortalidade Materna da MRPJMMN.

III. Unidades Obstétricas Contratualizadas pela SESAB:

A. Hospital Sagrada Família

(Unidade Obstétrica Bonfim)

1. Espaço Físico

Admissão: 02 salas para atendimento (mais 04 poltronas para observação);

Pré-parto: 08 leitos separados em duas salas (04 leitos em cada);

Enfermaria: 30 leitos (dependendo da necessidade os leitos podem ser transformados para SUS ou convênio);

UTI neonatal: 15 leitos sendo 07 para o SUS;

Berçário de médio risco: 10 leitos;

Ambiência adequada a RDC 36/2008- Anvisa (RESOLUÇÃO-RDC No - 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008) (em anexo).

2. Recursos Humanos:

Obstetrícia: Diarista: 01 para 40 ou mais pacientes/dia.

Plantonistas: 03 plantonistas por turno.

Muitos dias apenas com 02, alguns dias apenas com 01 plantonista

→ Neste caso há fechamento da porta.

Anestesista- 01 por turno, porém não é exclusivo da obstetrícia;

Neonatologistas: 01 diarista e 02 plantonistas, sendo que 01 deles faz assistência na sala de parto.

3. Serviços:

ACCR- Inexistente;

CTG – Existente, porém necessitando de manutenção;

USG – Funcionando nos turnos matutino e vespertino durante os dias da semana

Regime de sobreaviso nos fins de semana;

Ambulatório de pré-natal - realizado por médico e enfermeira todos os dias da semana (“Projeto Social Sagrada Família”).

4. Retrato do momento:

4.1. **Emergência:**

Presença de 05 pacientes na sala de espera;

Não havia restrição de atendimento, porém havia estímulo para procurar outra unidade;

Tempo médio de espera para atendimento foi menor que 04 horas;

Predominância de gestante na unidade.

5. Pontos positivos e questionamentos:

Bom espaço físico;

Tempo de espera menor que a maioria das unidades;
 Ultrassonografia todos os turnos, com sobreaviso nos finais de semana;
 Presença do acompanhante.

6. Fragilidades e sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Pré parto dentro do ambiente cirúrgico. Isso tira a naturalidade do acompanhamento do trabalho de parto.	Retirar pré-parto deste ambiente. Maior privacidade Necessidade de implantação de leitos PPP
Acompanhante exclusivamente do sexo feminino.	Criar estrutura para viabilizar presença de acompanhantes do sexo masculino
Estímulo para procurar outra unidade quando há superlotação da obstetrícia e/ou berçário. Quando há limitação de vaga, é colocado um aviso no balcão de atendimento que não está se procedendo exames.	A paciente poderá ser avisada da falta de vaga, porém deve haver um acolhimento e avaliação médica
Ausência de ACCR.	Implantação deste serviço
Longa permanência das pacientes: curetagem - 24h Parto natural - 48h Cesárea - 72h RN - 48 a 72h.	Revisão urgente do contrato do estado para repasse dos procedimentos, em especial na curetagem uterina
Ausência de Partograma no Prontuário.	Inserir Partograma e estimular sua utilização

B. Hospital Sagrada Família
(Unidade Obstétrica Federação)

1. **Espaço Físico:**

- **Admissão:** Sala de Admissão com 02 leitos e 01 banheiro. Neste local são realizadas admissões simultâneas, desde que as transferências ocorrem, na maioria das vezes em dupla;
- **Pré-Parto:** Total de 19 leitos: 01 quarto com 01 leito/banheiro para CTG e 18 leitos distribuídos em 09 quartos reservados para pacientes em trabalho de parto.
Estes quartos apresentavam-se em boas condições, com refrigeração, a maioria com cavalinho. É permitido acompanhante em todos o pré-parto;
Não há condições para analgesia de parto, por falta de anestesista e de condições no PP para esta intervenção. Caso se faça necessário, a analgesia é realizada no centro obstétrico, bloqueando uma sala de parto.
- **Enfermarias:** situadas no 4º andar: composta de 21 leitos distribuídos em 10 suítes: 1 quarto com 3 leitos e 9 quartos com 2 leitos;
- **Centro Obstétrico:** situado no 7º andar: composto de 3 salas das quais uma para Parto Natural, uma para Parto cesárea e outra para os dois tipos de parto e curetagem;
- **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:** situada no 6º andar.

2. **Recursos Humanos:**

Obstetras: 02 médicos obstetras por plantão.

Foi relatado que eventualmente há falta de um plantonista aos domingos;

Anestesistas: 01 anestesista por plantão.

Foi relatado que uma a duas vezes por semana há falta de anestesista em plantões de 12 horas desde agosto/15. Os médicos anestesistas tem saído do plantão em decorrência das condições de trabalho e por falta de pagamento (referente ao SUS).

Neonatalogista: Sem informação.

As equipes médicas têm sido sustentadas pelos pagamentos de procedimentos de outra fonte que não o SUS. Com isso, não consegue captar profissionais para o trabalho.

3. **Serviços:**

Cardiotocógrafo quebrado há uma semana;

Utilizam Partogramas;

Cavalinhos existentes no PP.

4. **Retrato do momento:**

01 paciente de pós parto com infecção de ferida operatória.

5. **Pontos positivos e orientações:**

“A assistência é tranquila e efetiva quando a equipe está completa” (segundo obstetra do dia);

Presença de enfermeiros obstetras bem preparados e atuantes;

Foi referido que a instituição se preocupa em diferenciar os espaços designados para assistência ao trabalho de parto de feto morto do trabalho de parto de feto vivo, respeitando normas da assistência humanizada.

A alta ocorre em média em 02 dias pós parto. Às vezes, após PSNV, o pediatra libera até com 36 horas. O que ajuda é que os pacientes (mães e RNs) são

passados quase que simultaneamente, de forma que facilita o diálogo entre pediatras e obstetras assistentes;

A instituição dispõe de médicos de várias especialidade que quando solicitados vem do HSF do Bonfim para o HS para interconsulta;

Na última semana ocorreram de 5 a 11 partos/ plantão, média 8,14 partos/dia.

6. Fragilidades e sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
O período expulsivo é assistido no CO (7º andar)	O período expulsivo poderia ser no próprio andar

Vinculação ao parto: Esta instituição recebe pacientes reguladas pela Central de Regulação de Leitos como também pacientes que foram submetidas a parto nesta maternidade e que por alguma razão necessite de reavaliação (ex: infecção de ferida operatória).

C. Maternidade Climério de Oliveira

1. Espaço Físico:

Admissão: 02 leitos;

Pré-parto: 06 leitos;

Enfermarias: 54 leitos:

- 46 de obstetrícia (11 em reforma)

- 08 de pediatria;

Não possui área separada para pacientes em situação de abortamento;

Salas de parto natural: 04;

Salas cirúrgicas: 03;

UTIN: 10 leitos;

Semi intensiva Neonatal: 05 leitos;

Leitos de Mães-Canguru: 10 leitos.

2. Recursos Humanos:

Equipe de obstetras: 04 por turno;

Equipe de neonatologistas: Segunda a Sexta-feira- 03 por turno;

Sábado e domingo - 02 por turno;

3. Serviços:

ACCR: 24 horas;

Central de Regulação de Leitos: 12 horas diurnas.

Gestão de leito: Sim;

Pré-natal multidisciplinar: 10 salas em 10 turnos semanais;

Pré-natal de alto risco: Pacientes triadas e pacientes referenciadas das Unidades Básicas de Saúde dos Distritos Sanitários: Centro Histórico e Barra - Rio Vermelho;

Serviço de ultrassonografia: 10 turnos por semana em horário administrativo

4. Retrato do momento da visita:

Pré-parto com 01 paciente excedente.

Não havia restrição de atendimento;

Presença de acompanhante;

Tempo médio de espera para atendimento foi de 04 horas;

Predominância de gestante na unidade;

Presença de 03 pacientes com perfil de atendimento ginecológico na admissão;

Havia 01 paciente de outro município aguardando atendimento.

5. Pontos positivos e orientações:

Ter gestão de leitos: trabalhar com programação de alta;

Acolhimento com classificação de risco (ACCR) nas 24h;
 Acolhimento de todas as pacientes, independente da superlotação;
 Alta precoce da curetagem, tanto tradicional como a AMIU;
 Equipe de obstetra, anestesista e neonatologista completa;
 Respeito à Política Vaga Sempre;
 Cardiotocógrafo e Ultrassom disponível na emergência.

6. Fragilidades e Sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Estrutura física inadequada- Dimensões reduzidas, presença de infiltrações/ estrutura elétrica deficiente e limitante.	Melhoria do espaço com programação de obras com saneamento das infiltrações e adaptação da rede elétrica à atual demanda
Local de espera dos familiares: área pequena e fragmentada ACCR distante do atendimento médico.	Melhora das condições físicas. Adequação do espaço dos serviços citados
Único sanitário próximo à sala de admissão em péssimas condições.	Reforma do sanitário existente e construção de um novo sanitário
Equipe de neonatologista incompleta no final de semana.	Completar estas equipes
Ausência de unidade de regulação nas 24h e falta de agilidade no processo de transferência.	Implantar unidade de regulação 24h, assim como ter definição de fluxo e quais os atores implicados no processo
Alta permanência de mães no parto natural	Adequar a saída da paciente de acordo com o horário da alta e não da visita. Gestão de leitos através de censo diário de mãe e

	RN Trabalhar com previsão de alta (dispara o fluxo para agilizar a saída do binômio).
Demora no atendimento na sala de admissão	Avaliar a colocação de equipe fixa na sala de admissão para que ocorram as avaliações das pacientes que chegam, independentemente do número de vagas.
Ausência de ultrassonografia nos finais de semana e feriados e irregularidade nos horários alguns dias da semana.	Trabalhar com escala nos finais de semana para garantir cobertura de US para emergência
Grande número de pacientes de outros distritos sanitários*	Trabalhar a importância da vinculação dentro da unidade através da triagem do pré-natal. Orientação das pacientes que procuram o pronto atendimento, ao serem liberadas, retornarem à unidade de referência da residência.
Paciente ginecológica competindo com pacientes obstétricas	Ampliação de serviço de ginecologia do Sistema Único de Saúde.

* Em recente pesquisa foi identificado que apenas 26% das parturientes internadas eram residentes dos DS de referência da MCO.

**D. CENTRO DE PARTO NATURAL MARIETA DE SOUZA PEREIRA
(MANSÃO DO CAMINHO)**

1. Espaço Físico:

Sala de espera boa com sanitário;

Admissão: 01 sala com 01 maca e sanitário; Sala de Espera;

Possui um total de 06 quartos PPP com banheiro, varanda, sendo que um com banheira de hidromassagem. São contratualizados 05 leitos. Escada de Ling., Cama de Parto, Bola de Bobath, Cavalinho, Moxo, Poltrona para acompanhante, Banquinho para Parto, Berço Aquecido, Balança Digital para RN;

O 6º é usado para puérperas transformando em dois leitos, fototerapia e crianças que precisam aguardar algum exame;

Sala ampla de convivência e espaço externo com pergolado onde é livre a circulação de parturientes, puérperas e familiares;

Uma copa;

Sala de estar e repouso para colaboradores;

Um posto de enfermagem;

Uma sala de administração, diretoria e coordenação de enfermagem e uma sala de reuniões;

Equipamentos:

04 Berços aquecidos;

02 Bili berços – fototerapia;

01 Bilirrubinômetro;

01 Desfibrilador;

02 Incubadoras;

Incubadora de transporte;

Monitor multiparametros para parturiente e recém-nascido;

01 Ambulância com Motorista 24h.

2. Recursos Humanos

Obstetras: 10;

Neonatologistas: 02;

Enfermeiros Obstétricas: 10;

Psicóloga: 01

Fisioterapeuta: 01:

Doulas: 15;

Técnicas de enfermagem: 09;

Auxiliares de higienização: 06;

Motoristas: 04;

Copeira: 01.

Em cada turno na emergência trabalham:

01 Obstetra;

02 Enfermeiras;

02 Técnicos de enfermagem.

3. Serviços:

Roda de Conversa com gestantes e acompanhantes;

Fisioterapia para gestantes;

Vacinação dos Recém Nascidos;

Registro Civil dos Recém Nascidos;

Ambulatório de Pré-Natal: dois turnos diários: com atendimento a 04 pacientes por turno;

Pré Natal no Centro de Saúde com 04 enfermeiras e 02 obstetras. A enfermeira atende 14 pacientes por turno;

Lavanderia Hospitalar terceirização interna;

A nutrição área de produção, terceirização interna;

Esterilização ocorre no centro de saúde;

Tem laboratório que atende também o centro de saúde.

4. Retrato do momento:

01 paciente em Trabalho de Parto que pariu no momento da nossa visita;

01 paciente que estava saindo de alta.

5. Pontos positivos e orientações:

Alta com 24 horas;

Consulta puerperal e consulta pediátrica com 07 dias.

6. Fragilidades e sugestões:

FRAGILIDADES	SUGESTÕES
Revisão do RN com 07 dias	Revisão com 48h já que a alta é com 24h

Resultados por mês: 60 partos por mês, 06% de transferência materna e 03% de transferência neonatal.

DISCUSSÃO

Após visitas aos dez maiores serviços de assistência obstétrica de Salvador/ Lauro de Freitas vinculados ao SUS, foi possível traçar o perfil da assistência das mesmas. As dificuldades identificadas foram praticamente as mesmas em todos os serviços, as quais enumeramos a seguir as mais prementes:

A falta de **Recursos Humanos** foi a dificuldade mais prevalente. Todas as maternidades apresentaram equipes médicas de plantonistas incompletas em graus variados. Enquanto a Maternidade Climério de Oliveira, em melhor situação neste item, apresentou apenas restrição no número de neonatologistas nos finais de semana (dois em vez de três) a maioria dos outros serviços enfrentam situações muito graves de deficiência de plantonistas nas emergências obstétricas. Um exemplo é o Iperba. Nesta maternidade, em alguns plantões de emergência há apenas **um** plantonista de obstetrícia escalado. Ainda nesta instituição é importante ressaltar que não há deficiência de número absoluto de obstetras. Porém, boa parte do contingente destes profissionais está locada nos ambulatórios e/ou nas enfermarias, em detrimento da emergência, justo o ponto mais nevrálgico da assistência obstétrica. Já em outros serviços, foi identificado a falta absoluta de médicos, como por exemplo o serviço de obstetrícia do Hospital Sagrada Família (unidade Federação), em que alguns plantões não havia nenhum anestesista escalado pois alguns haviam desistido de trabalhar naquela instituição devido à dificuldade de recebimento dos honorários. Segundo o profissional entrevistado não estava havendo repasse do SUS. Com este cenário desestimulante coordenador do serviço encontrava dificuldade de captação de novos profissionais para trabalhar nesta maternidade. Diante desta realidade, faz-se necessário o conhecimento do quantitativo de profissionais de cada unidade, assim como sua carga horária, afim de se fazer uma redistribuição para os serviços mais necessários cuja deficiência atinge diretamente a qualidade da assistência obstétrica. O impacto da deficiência de profissionais nas emergências obstétricas não se resume apenas à fadiga física-mental e emocional do médico pela **sobrecarga de trabalho** (que por si só traz o potencial de prejuízo direto da assistência), mas pelo fato da falta de plantonista em determinado dia, provoca uma restrição de internamentos por dois plantões.

Muitos serviços também enfrentam a falta de diaristas nas enfermarias principalmente nos finais de semana. Para que haja agilidade, resolutividade e qualidade na assistência das mulheres internadas se faz necessária a evolução médica delas e liberação da alta pela manhã. Muito importante também é manter uma proporcionalidade entre médico e número de pacientes a serem assistidas.

Em várias unidades foi identificado **bloqueio de leitos**. A exemplo na Maternidade Tsylla Balbino em que há leitos bloqueados há um ano e outros desvirtuados para área de depósito ou para leitos de neonatologia. Esta situação também foi identificada no Hospital João Batista Caribé e no Hospital Geral Menandro de Faria.

A **gestão de leitos** é uma atividade absolutamente necessária para “desafogar” a admissão e permitir maior número de internamentos. Faz-se necessário a existência desta atividade em cada unidade de saúde pois o diagnóstico do “nó” deve ser continuamente averiguado e resolvido. Desta forma, criam-se condições para maior agilidade no rodízio das pacientes nos leitos.

Necessária também ação efetiva e rápida da **CER**, seja na busca de vaga e transferência de pacientes, assim como agilizar a efetivação de exames, Desta forma, evitam-se leitos ocupados desnecessariamente por pacientes que aguardam longos períodos para realização de exames, como foi identificado na Maternidade Albert Sabin, onde havia uma mãe há 30 dias internada aguardando a realização de um exame cardiológico para seu filho.

O **descumprimento da Política Vaga Sempre** foi flagrada na maioria dos serviços. Apesar da Rede Cegonha ter tecido o Mapa de Vinculação da cidade de Salvador entre as diferentes maternidades e os Distritos Sanitários, a estratégia traçada para redução da peregrinação no ciclo gravídico puerperal não tem sido eficientemente implantada. Um exemplo percebido foi o da Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto onde apenas as pacientes de fichas classificadas como vermelhas (alto risco) eram atendidas pelo médico plantonista. A pleora dos serviços e a não resolutividade da Central de Regulação de Leitos a qual deveria transferir todas as pacientes excedentes provavelmente não tem trazido a confiança para os profissionais das emergências que evitam mais internamentos onde já não há condições nem mesmo espaço físico para a assistência. Importante dado também identificado é a pequena percentagem de gestantes internadas residentes nos distritos sanitários em que a maternidade em questão era a

referência. Onde foram disponibilizados dados, identificou-se que apenas um quarto das pacientes internadas residiam nos distritos sanitários de referência da maternidade. Isto aponta para o não bom funcionamento da rede. Provavelmente, as pacientes têm migrado para outros distritos sanitários em busca de vagas para internamento desde que seria muito mais cômodo internar perto de sua residência caracterizando-se assim a peregrinação.

Frente às realidades de plantões de emergências obstétricas sobrelotadas, viu-se a incapacidade de vários serviços de garantir atendimentos humanizados onde a **ambiência** fosse respeitada. Pacientes internadas em poltronas em trabalho de parto, puérperas internadas e mantidas nas salas de parto ou mesmo em macas em corredores além do desconforto para os acompanhante foi cenário testemunhado em várias das visitas realizadas.

A despeito do número de leitos em Salvador serem insuficientes, alguns desses **leitos são destinados a pacientes ginecológicas**, apesar de oficialmente serem contados como leitos obstétricos. Este cenário foi identificado em todas as unidades de obstetrícia de Salvador e Lauro de Freitas, com exceção das unidades que não têm serviço de ginecologia, como a Maternidade Climério de Oliveira (MCO) e Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN), Esta situação é decorrente de três situações:

- 1- Por existir poucos leitos para casos ginecológicos, as mulheres quando encontram-se em uma emergência ginecológica recorrem às maternidades;
- 2- Em algumas das unidades visitadas, são realizadas cirurgias ginecológicas eletivas de forma que a paciente ginecológica compete com a paciente obstétrica para o leito da maternidade;
- 3- Não há informações claras sobre o quantitativo e a localização dos leitos reservados para casos ginecológicos pela SESAB.

Este trabalho foi iniciado em uma crise obstétrica nas maternidades públicas no início do ano de 2015. Não foi a primeira e nem a última crise. Já na crise de abril/2015 identificava-se um desequilíbrio entre oferta e demanda de leitos obstétricos de Salvador. Infelizmente não foi identificado melhora do cenário no decorrer do ano de 2015. No mês de Outubro, houve um corte em 32 leitos de obstetrícia da unidade da

Sagrada Família locada no Hospital Salvador. Entende-se que estes leitos apesar de socorrerem muitas unidades em um momento de superlotação, eles não faziam parte de um desenho da rede, visto que apenas pacientes de baixa complexidade eram transferidas. Porém, eles eram efetivos para “desafogar” a rede. Após esta perda de leitos, os mesmos ainda não foram integralmente substituídos pela maternidade do Hospital Sagrada Família, apesar de ser inicialmente esta a proposta. Conhecida também é a situação da MRPJMMN, maternidade terceirizada que diminuiu nos últimos anos o quantitativo de partos efetuados, que eram em torno de 900 por mês para atualmente cerca de 400 partos/mês. A capacidade de ocupação também vem diminuindo a cada ano. No corrente ano, leitos desta maternidade têm sido fechados, ocorrendo também uma diminuição do número de funcionários de toda a maternidade, inclusive de médicos obstetras, anestesistas e pediatras.

Frente a tantas dificuldades identificadas, foi percebido que muitas soluções são possíveis com criatividade e muitas vezes com pouco custo financeiro. Abaixo estão listadas sugestões identificadas após o diagnóstico situacional e árduas discussões entre todos os componentes da equipe de trabalho.

SUGESTÕES:

1- Monitorização e Distritalização:

- a. Identificar os distritos sanitários (DS) de referência das pacientes em todos os internamentos/ atendimentos nas emergências. As pacientes que não tiverem indicação de internamento deverão ser orientadas a procurarem a maternidade de referência d seu Distrito Sanitário em outra oportunidade;

Sugestão de monitorização: Em todo internamento será colocado o distrito da maternidade de referência. Ao final teremos a real informação da territorialização. A Maternidade Climério de Oliveira já vem fazendo este trabalho;

- b. Torna-se necessário a cobrança da responsabilidade da unidade básica em absorver os pré-natais de baixo risco;
- c. Avaliação do estado no que diz respeito aos serviços de planejamento familiar. Implantar este serviço nas maternidades para que durante ou no puerpério sejam oferecidos outros métodos diferentes dos contraceptivos orais e injetáveis.

2- Cirurgiões gerais/ Cirurgiões pediátricos:

- a. Ao invés de cada maternidade ter no seu quadro, um ou dois cirurgiões lotados em suas unidades, a SESAB deveriam criar um único grupo que se manteria de sobreaviso, atendendo as intercorrências cirúrgicas em todas as maternidades da SESAB. As escalas e a forma de contato deverão ser divulgadas em todas as maternidades e ser de conhecimento da SESAB. Os contatos deverão estar acessíveis a todos os plantonistas de todas as maternidades SUS. Deste grupo teremos assim, no mínimo, um cirurgião por turno disponível para qualquer intercorrência cirúrgica nas maternidades da cidade. Serão necessários um mínimo de sete profissionais que façam a cobertura para assistência obstétrica em Salvador. Como exemplo da ineficiência do quadro atual citamos a unidade Maternidade Tsylla Balbino onde, no dia da visita da SOGIBA, havia uma paciente que necessitava de avaliação de um cirurgião geral, a despeito de haver 03 profissionais desta especialidade lotados na maternidade porém em plantão de sobreaviso em outros dias da semana.

3- Política da vaga sempre:

- a. Faz-se necessária a conscientização dos serviços desta política e conhecimento do Mapa de Vinculação da Rede Cegonha pelos profissionais assistentes. O estado, segundo a constituição de 1988 é o responsável pela saúde da paciente. Com o relatório da central de regulação podemos ter uma real noção da necessidade da rede. Torna-se necessária uma regulação ativa, onde haja deslocamento dos funcionários para as unidades de obstetrícia diariamente para monitorizar o funcionamento de cada unidade. Muito importante também é a efetividade da Central de Regulação de Leitos de forma a dar suporte ao

médico assistente que acolhe as gestantes de sua referência mesmo sem vagas na sua unidade. É necessário que a equipe de assistentes sinta confiança na engrenagem que integra todo o sistema de saúde. Diante disso, as maternidades seriam proibidas de encaminhar qualquer paciente sem que houvesse a participação da central estadual de regulação.

- 4- Desvinculação do setor de admissão da maternidade com o restante do plantão de emergência:
 - a. Com esta medida, haveria uma celeridade nas avaliações das pacientes que se dirigem às emergências obstétricas. Teríamos uma emergência obstétrica mais efetiva e com um maior índice de satisfação das usuárias. Para entender melhor, os profissionais que ficariam na linha de frente não teriam atividades no pré parto, sala de parto ou cirurgias. Eles seriam exclusivos da admissão. A troca de plantão (que poderia ser de 6 a 12 horas) seria feita por outro profissional exclusivo da admissão. Algumas unidades do Brasil, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, assim como o IMIP (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira) já usam este modelo de atendimento.

- 5- Otimização do processo de internamento eletivo indicado pelo ambulatório de pré-natal.
 - a. Este ambulatório deverá encaminhar a paciente já com as guias preenchidas, não sendo necessário passar pelo plantão. Faz-se necessário também deixar um leito reservado na enfermaria para internamento eletivo. Ex: perfil glicêmico, incompetência istmo cervical e outros.

- 6- Homogeneizar o tempo de internamento médio em toda a rede:
 - a. Pós curetagem: 6 a 12h;
 - b. Pós parto natural- 24h;
 - c. Pós parto cesariano- 48h.
 - d. Ambulatório de egresso de RN- para reavaliação do RN em 07 dias

A Maternidade Climério de Oliveira adotou este modelo com sucesso, podendo ser multiplicado para as outras unidades

- 7- Passagem pelo diarista sempre pela manhã:
 - a. A avaliação da puérpera e do RN conjuntamente no mesmo horário no começo do dia pelo diarista obstetra e pelo diarista neonatologista respectivamente, agilizam as condutas além de propiciar trocas de impressões entre os dois profissionais sobre cada caso.
 - b. Algumas unidades tem profissionais que fazem o primeiro exame do dia da paciente no turno vespertino. Isso leva ao aumento da permanência das pacientes na unidade.

- 8- Respeitar a norma do Conselho Federal de Medicina de manter no mínimo 01 diarista médico para cada 20 pacientes na enfermaria.
 - a. Algumas maternidades chegam a ter apenas 01 diarista de obstetrícia e 01 de pediatria para toda a enfermaria, chegando a ter que examinar até 60 pacientes no turno de passagem da enfermaria.

- 9- Garantir ACCR 24h por dia, com funcionários CAPACITADOS.

- 10- Garantir Regulação 24h por dia, com busca ativa e renovação das solicitações.

Aproveitar exemplos de sucesso para ser multiplicado em todas as unidades.

Exemplo1: Regulação da MAS: Programa desenvolvido pela funcionária/coordenadora;

Exemplo 2: Gestão de Leitos da MRPJMMN: Atualização da regulação: cada paciente que tenha resolvido na própria maternidade (parido), deve ser retirada da regulação pela enfermagem/gestão de leitos.

- 11- Informatização das unidades: Com esta ação, poderá ocorrer o real monitoramento das ações e indicadores. Esta ação é de extrema importância.

- 12- Implantar unidade transfusional em todas as maternidades e implementar nas que já tenham este serviço.

- 13- Definição e/ou criação de serviços específicos para atendimentos da demanda de casos ginecológicos de Salvador.

MODELO ASSISTENCIAL:

1. O modelo assistencial deverá estar fundamentado na atenção à mulher, ao bebê e à família, seguindo todas as orientações das práticas baseadas em evidências científicas;
2. Primordial a adequação dos espaços (RDC36), não reduzindo o número de leitos existentes mas criando novos espaços. Para a humanização da assistência, a ambiência adequada é importante pois impacta diretamente na impressão da gestante e familiares da vivência obstétrica;
3. Sugere-se a adoção e difusão de indicadores e metas de eficiência. O monitoramento dos principais indicadores da boa assistência obstétrica. Sugere-se a criação do **PORTAL DE TRANSPARÊNCIA OBSTÉTRICA DE SALVADOR**. Este instrumento possibilitará que toda a população tenha acesso a informações sobre a assistência obstétrica da cidade, assim como o monitoramento contínuo pelos gestores. Este instrumento deverá ser alimentado mensalmente por cada unidade de forma setorizada com dados concernentes da produção do mês anterior. Esta implantação evita a necessidade de forças tarefas para identificar o diagnóstico situacional como o realizado neste trabalho. Sugere-se como indicadores para o portal:

- Número de consultas ambulatoriais;
- Número de consultas realizadas na emergência;
- Número de internamentos obstétrico/ginecológico;
- Perfil nosológico de internamento por grupos de CID
(CID: N-Ginecológico; CID: O- Obstétrico; CID: P- Pediátrico);
- Número de leitos existentes;
- Número de leitos ativos;
- Taxa de ocupação;
- Tempo médio de permanência;
- Taxa de ocupação de leitos complementares;
- Tempo de permanência nos leitos complementares;
- Número de partos;
- Número de curetagem/AMIU;

- Número de outros procedimentos cirúrgicos;
- Número de cirurgias ginecológicas eletivas;
- Número de regulações solicitadas;
- Número de transferências externas;
- Número de profissionais ativos por categorias e vínculo;

Sugere-se também os seguintes indicadores de qualidade:

- Taxa de parto cesareano;
- Taxa de episiotomia;
- Taxa de presença de acompanhante;
- Taxa de contato pele-pele;
- Taxa de aleitamento na primeira hora de nascimento;
- Taxa de posição não supina;
- Taxa de preenchimento de partograma;
- Taxa de utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- Taxa de realização de analgesia de parto.

4. Gestão de Pessoal:

- a. Importante combater a multivinculação do profissional. Sugere-se a **instituição da carreira médica**, com salário que supra suas necessidades.
- b. Adoção de sistema de **Recompensas e Consequências** com ênfase em recompensas sociais, possível dentro de uma estrutura organizacional participativa. Instituir a meritocracia, valorizando o profissional dedicado, por exemplo oferecendo cursos de capacitação.

5. Criação de equipe de monitoramento permanente para todas as maternidades. Importante que esta equipe seja formada por um auditor e também por um especialista da assistência.

CONCLUSÃO:

Após seis meses de trabalho realizado por uma equipe de obstetras, foram identificadas diversas fragilidades nos diferentes serviços de obstetrícia vinculadas à SESAB em Salvador e Lauro de Freitas. As que estiveram presentes na maioria dos serviços visitados foram: deficiência de profissionais assistentes nos plantões, existência de leitos bloqueados, falha na gestão de leitos, não respeito à Política Vaga Sempre, deficiência na efetividade da Central de Regulação de Leitos para transferência das pacientes excedentes, desorganização da distribuição dos leitos e desrespeito à filosofia da humanização da assistência por falta de condições para o acolhimento da gestantes e seus familiares nas emergências obstétricas. Apesar dessas dificuldades gerais, cada unidade apresentou suas deficiências peculiares que se combatidas impactarão de sobremaneira no sistema de saúde.

A SOGIBA tem como uma de suas atribuições trabalhar em benefício da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. A busca pela melhoria da assistência será sempre perseguida por esta associação e por cada um de seus associados. Desta forma, além de tecer o diagnóstico situacional foi também elaborada uma lista de sugestões pela equipe de trabalho. Importante reiterar que a SOGIBA estará sempre à disposição para colaborar com a SESAB ou outro órgão público no que tange à saúde da mulher.

Agradecimentos:

Agradecemos à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pelo apoio a este trabalho, permitindo a nossa entrada nas unidades obstétricas do estado assim como, aos diretores das unidades pela acolhida a esta comissão em cada serviço visitado.