

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA MARIA RAMOS

A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO:
TRAJETÓRIAS E DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS
CENTRADAS NO CUIDADO HUMANIZADO

Recife
2018

ANA MARIA RAMOS

**A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO:
TRAJETÓRIAS E DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS
CENTRADAS NO CUIDADO HUMANIZADO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Recife

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- R175q Ramos, Ana Maria
A qualidade da assistência obstétrica em um hospital de ensino: trajetórias e desafios no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado / Ana Maria Ramos. - Recife: [s.n.], 2018.
204 p.: il., tab., graf.; 30 cm.
- Tese (Doutorado em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.
Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes.
1. Avaliação em Saúde. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Parto. 4. Saúde Materna. 5. Serviços de Saúde. 6. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 7. Brasil. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Título.

CDU 614.39(81)

ANA MARIA RAMOS

**A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO:
TRAJETÓRIAS E DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS
CENTRADAS NO CUIDADO HUMANIZADO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Data da aprovação: 25/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Prof^ª. Dr^ª. Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Andrade da Silva
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Gabriella Morais Duarte Miranda
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Universidade Federal da Paraíba/UFPB

À Marina, minha filha amada!
Presente mais precioso que Deus me ofereceu. Seu carinho
e amor são inspiração para viver e buscar a felicidade!

Aos meus pais, Heneida e Silvino pelo amor incondicional!

AGRADECIMENTOS

À minha filha Marina por quem tenho amor infinito! Meus pensamentos estão sempre com você, em pequeninas coisas e nas grandiosas também. Obrigada pelo incentivo e por compreender os momentos de dedicação aos estudos.

Aos meus pais José Silvino e Heneida, toda gratidão por tudo que fizeram e fazem pela família! Com muito amor me ensinaram que através da educação, humildade, esforço e perseverança torna-se possível alcançarmos nossos objetivos e sonhos aparentemente impossíveis.

À minha irmã e melhor amiga Elaine, sempre presente em minha vida! Seu apoio e incentivo foram essenciais nessa trajetória acadêmica. Parte desta conquista também é sua!

Aos meus irmãos Carlos e Rogério, mesmo a distância estão presentes e com quem posso sempre contar.

A toda minha família, pelo amor que nos une.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes, obrigada pela acolhida de portas abertas no Instituto Aggeu Magalhães e no LABSIS, pelas orientações, sua disponibilidade em todos os momentos, incentivo, dedicação e paciência nestes quatro anos de aprendizado. Suas palavras sábias e reflexões foram essenciais para a escrita deste estudo, por quem tenho grande admiração e gratidão.

À Prof^a. Tereza Maciel Lyra, pelas contribuições e reflexões ao longo da realização deste estudo, especialmente na qualificação e na disciplina Saúde Pública: Teoria e Método.

Aos professores membros da banca examinadora, que gentilmente aceitaram participar da avaliação desta tese, cujas contribuições proporcionaram o enriquecimento e aprofundamento das questões aqui debatidas.

A todos os professores do Instituto Aggeu Magalhães, pelos ensinamentos e reflexões na trajetória de nos tornarmos sanitaristas e na defesa do SUS.

À Prof^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, sua disponibilidade, incentivo e orientações foram fundamentais para iniciar a jornada do Doutorado.

Ao Prof. Christian Hervé, meu agradecimento pela oportunidade e ensinamentos durante o estágio de doutorado (PDSE), no Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale, Faculdade de Medicina da l'Université Paris Descartes/Paris-FR.

À Prof^a. Marie-France Mamzer, demais professores e funcionários do Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale, obrigada pela acolhida respeitosa e aprendizagem no domínio da Ética.

À Fiocruz, por proporcionar o ensino acadêmico de excelência aos seus discentes, o desenvolvimento da ciência em nosso país, em defesa e o fortalecimento do SUS. Agradeço a todas as pessoas e instituições que participaram dessa longa jornada desde a residência no Instituto Fernandes Figueira – IFF, do mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP e atualmente o doutorado no Instituto Aggeu Magalhães.

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, especialmente da Secretaria Acadêmica, Comitê de Ética em Pesquisa e Biblioteca. Obrigada pelo atendimento humano e acolhedor, sempre dispostos a nos ajudar e sanar dúvidas.

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB), gestores da Clínica Obstétrica e diretoria do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pela autorização para realização deste estudo e apoio a qualificação profissional, durante estes quatro do Curso de Doutorado.

Às amigas do LABSIS Ana Lúcia e Gabriella, gratidão por estarem sempre dispostas a apoiar e pelas valiosas contribuições nos resultados da tese.

Aos colegas da turma 2014 de Doutorado em Saúde Pública, amizades e momentos inesquecíveis.

À minha amiga Andréia, que me acolheu em sua casa e cativamos uma grande amizade.

Ao amigo Celestino, pelas horas e horas de companhia na estrada compartilhando vivências com muito senso de humor.

Aos amigos enfermeiros do Hospital Universitário, Lucineide, Emanuel, Fátima, Malu, Manu e Madalena que sempre me apoiaram e motivaram a seguir em frente, vencer os obstáculos para conclusão do Doutorado.

Ao amigo João de Deus, pela intermediação fundamental para alcance do estágio PDSE na Université Paris Descartes e por me receber carinhosamente em Paris.

Aos participantes desta pesquisa, usuárias, profissionais, residentes, docentes e alunos de graduação. Obrigada pela confiança depositada, sem as valiosas contribuições de todos não se concretizaria este estudo.

A todos aqueles que contribuíram para este estudo, minhas desculpas aos não citados, reconheço em todos a sua importância.

Em geral, nove décimos da nossa felicidade baseiam-se exclusivamente na saúde. Com ela, tudo se transforma em fonte de prazer.

Arthur Schopenhauer, 1788-1860

RAMOS, Ana Maria. **A qualidade da assistência obstétrica em um hospital de ensino: trajetórias e desafios no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O alcance da qualidade na assistência ao parto e nascimento no Brasil permanece um cenário desafiador. O estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência obstétrica em um HU da Paraíba, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado. Estudo de caso exploratório, com abordagem mista de métodos qualitativos e quantitativos por triangulação de métodos. Realizou-se 16 visitas observacionais e entrevistou-se 25 sujeitos: 10 usuárias, 14 profissionais e 01 docente. Aplicou-se 155 questionários fechados com discentes das graduações em enfermagem (N=39) e medicina (N=116). Os resultados apontam a implantação insuficiente da Rede Cegonha: carência de leitos obstétricos, desorganização dos fluxos e regulação; dificuldades em assegurar o conhecimento e vinculação à maternidade de referência, barreiras de acesso e peregrinação. Inadequações de estrutura e ambiência, recursos materiais insuficientes e rotinas organizacionais dificultam a efetivação da humanização e comprometem a qualidade do cuidado. As boas práticas estão parcialmente implantadas e necessita melhorar indicadores: taxas de cesarianas e episiotomias, verticalização do parto e a livre escolha de posição. O ensino é um elo importante na transição para o modelo humanístico e melhor qualidade da assistência, tem auxiliado na revisão e aplicação dos protocolos clínicos, proporciona oportunidades aos trabalhadores de atualização, satisfação e motivação no trabalho. Houve satisfação das usuárias com o atendimento cordial, digno, respeitoso e resolutividade do serviço. O direito ao acompanhante encontra-se implantado, com interrupções na cesariana, falta de privacidade e desconforto. A passividade das mulheres e pedidos frequentes por cesarianas refletem o desconhecimento e despreparo das parturientes e acompanhantes para o parto. Informação é um direito dos usuários, primordial para conhecimento dos benefícios do parto seguro e protagonismo da mulher na parturição.

Palavras-Chaves: Avaliação em saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Parto. Saúde materna.

RAMOS, Ana Maria. **The quality of obstetric care in a university hospital:** trajectories and challenges in the development of practices focused on humanized care. 2018. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

Achieving quality in delivery and birth care in Brazil remains a challenging scenario. The study evaluated the quality of obstetric care in a university hospital in Paraíba, sought to understand the contributions and repercussions of teaching for humanized care. Exploratory case study, with mixed approach of qualitative and quantitative methods by triangulation of methods. There were 16 observational visits and 25 interviews: 10 users, 14 professionals and 1 teacher. Fifty-five closed questionnaires were applied to undergraduate students in nursing (N=39) and medicine (N=116). The results point to insufficient implantation of the Rede Cegonha: lack of obstetric beds, disorganization of flows and regulation; difficulties in ensuring knowledge and attachment to reference motherhood, barriers to access and pilgrimage. Inadequacies in structure and ambience, insufficient material resources and organizational routines make it difficult to achieve humanization and compromise the quality of care. Good practices are partially implemented and need to improve indicators: rates of cesarean and episiotomies, verticalization of childbirth and free choice of position. Teaching is an important link in the transition to the humanistic model and better quality of care, assists in the review and application of clinical protocols, provides opportunities for workers to upgrade, satisfied and motivated at work. There was satisfaction of the users with the cordial treatment, dignified, respectful and clinical resolution. The right to the companion was implanted in the service, with interruptions in the caesarean section, lack of privacy and discomfort. Women's passivity and frequent requests for unnecessary caesarean sections reflect the lack of knowledge and unpreparedness of parturients and companions for childbirth. Information is a right of users, primordial for knowledge of the benefits of safe childbirth and the role of women in parturition.

Keywords: Health Evaluation. Quality of Health Care. Parturition. Maternal Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figura 1 | Triangulação de métodos: abordagem mista qualitativa e quantitativa | 45 |
| Quadro 1 | Descrição dos grupos entrevistados | 49 |
| Quadro 2 | Práticas de atenção ao parto – Categoria A | 52 |
| Quadro 3 | Práticas de atenção ao parto – Categoria B | 52 |
| Figura 2 | Definição das dimensões para avaliação da qualidade da assistência | 53 |
| Quadro 4 | Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa | 54 |
| Quadro 5 | Elaboração da Condensação de Significados | 59 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Tabela 1 | Número de AIH aprovadas por ano de atendimento segundo procedimento, no HU, 2018. | 46 |
| Tabela 2 | Caracterização dos discentes participantes das graduações em Enfermagem e Medicina, 2016. | 64 |
| Tabela 3 | Percepção dos discentes sobre a qualidade da assistência prestada às usuárias na maternidade do HU, 2016. | 86 |
| Tabela 4 | Percepção dos discentes de graduação quanto à aprendizagem em obstetrícia, fatores ligados à assistência no HU, 2016. | 127 |
| Tabela 5 | Percepção dos discentes quanto ao aprendizado e desenvolvimento de competências para o atendimento em obstetrícia, 2016. | 136 |
| Tabela 6 | Percepção discente sobre a organização do setor e inserção da atividade de ensino na assistência, 2016. | 139 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| CGBP | Casas da Gestante, Bebê e Puérpera |
| CPN | Centros de Parto Normal |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HU | Hospital Universitário |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN | Programa de Humanização do Parto e Nascimento |
| PPP | Pré-parto, Parto e Puerpério |
| PROADESS | Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| RC | Rede Cegonha |
| ReHuNa | Rede pela Humanização do Parto e Nascimento |
| RMM | Razão de Mortalidade Materna |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TP | Trabalho de Parto |
| UCIN | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal |
| USG | Ultrassonografia |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 OBJETIVO GERAL | 19 |
| 2.1 Objetivos Específicos | 19 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 3.1 Saúde da mulher e obstétrica: um percurso em construção | 20 |
| 3.2 Cuidado | 32 |
| 3.3 Avaliação em Saúde | 37 |
| 4 METODOLOGIA | 43 |
| 4.1 Tipo de estudo | 43 |
| 4.2 Locus da pesquisa | 45 |
| 4.3 Participantes e período da coleta de dados | 46 |
| 4.4 Instrumentos e procedimentos de produção de dados | 47 |
| 4.4.1 <i>Abordagem quantitativa</i> | 47 |
| 4.4.2 <i>Abordagem qualitativa</i> | 47 |
| 4.5 Definição das dimensões da avaliação | 50 |
| 4.6 Análise e interpretação dos dados | 59 |
| 4.7 Procedimentos éticos | 60 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 61 |
| 5.1 Caracterização dos grupos participantes | 61 |
| 5.1.1 <i>Caracterização dos entrevistados</i> | 61 |
| 5.1.2 <i>Caracterização dos discentes</i> | 63 |
| 5.2 Percurso das usuárias: da experiência na rede ao acolhimento no HU | 64 |
| 5.3 A percepção dos participantes sobre a assistência obstétrica do HU | 77 |
| 5.4 Estrutura e ambiência: o intervalo entre a realidade e as necessidades do serviço . | 100 |
| 5.4.1 <i>Insuficiência de leitos obstétricos e funcionamento da Central de Regulação</i> | 102 |
| 5.4.2 <i>Insumos e equipamentos</i> | 107 |
| 5.4.3 <i>Centro Obstétrico e quartos PPP</i> | 110 |
| 5.4.4 <i>Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)</i> | 113 |
| 5.5 Privacidade | 115 |
| 5.6 Acesso à informação | 119 |
| 5.7 Interseção ensino e assistência: relações que se estabelecem entre os envolvidos ... | 124 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 140 |

| | |
|---|-----|
| REFERÊNCIAS | 144 |
| APÊNDICE A – Capítulo de livro | 156 |
| APÊNDICE B – Questionário de discentes | 177 |
| APÊNDICE C – Roteiros de entrevistas | 180 |
| APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 183 |
| APÊNDICE E – Artigo | 187 |
| ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética | 204 |

1 INTRODUÇÃO

O nascimento tem se tornado um evento hospitalar mundialmente. No Brasil a assistência hospitalar ao parto alcança mais de 98% de cobertura, a hospitalização do parto contribuiu para melhoria da qualidade da assistência, mas por outro lado trouxe novas questões. Tanto no setor público como no privado, a assistência obstétrica tem sido considerada intervencionista e/ou de baixa qualidade, o que tem contribuído para desfechos maternos e neonatais desfavoráveis (AQUINO, 2014; CHAVES, 2014; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Leal et al. (2014) consideram que no Brasil independente da classe social, o parto não representa uma experiência natural. No setor privado há o predomínio da realização da cesariana com o falso discurso de redução do sofrimento e dor, muitas vezes pré-agendada e sem indicação adequada. Já o parto vaginal é vivenciado pelas mulheres principalmente no setor público pelo excesso de intervenções, medo, dor e solidão.

Para Aquino (2014) o modelo tecnocrático, que privilegia o uso da tecnologia sobre as relações humanas e de sua suposta neutralidade de valores, encontra-se presente no setor público e privado de formas distintas, acentuando as desigualdades na realização do parto hospitalar. Com frequência são negados diversos direitos reprodutivos às mulheres, como a garantia da presença do acompanhante de livre escolha, o direito a informação e de sua autonomia sobre o próprio corpo e parto.

Neste sentido Souza e Pileggi-Castro (2014), ao analisar o decréscimo histórico na mortalidade materna – denominada “transição obstétrica”, atribuída dentre outros fatores: ao desenvolvimento da humanidade, aos avanços da medicina, redução de taxas de fertilidade, aumento da institucionalização do parto e mudanças no padrão de morbimortalidade. Alertam que o uso consciente das tecnologias favorece a redução da morbimortalidade materna, enquanto o uso excessivo das mesmas caracteriza um quadro de hipermedicalização da assistência ao parto e nascimento. Representam um risco para saúde materna e neonatal, cujos efeitos negativos são mais perceptíveis ao final da transição obstétrica, quando a mortalidade materna encontra-se inferior a 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Outro cenário considerado preocupante é da violência obstétrica e da coexistência de situações que configuram violências de ordem física e verbal, como os maus-tratos, negligências, recusa de atendimentos, preconceitos de ordem social, étnica, orientação sexual, dentre outras praticadas por profissionais de saúde nas instituições por todo país. No Brasil estima-se que cerca de 1/4 das mulheres sofrem algum tipo de violência durante a assistência

ao parto e 1/2 delas em casos de abortamento. São consideradas situações de violência obstétrica àquelas em que há o abuso/excessivo uso de medicamentos e intervenções no parto, práticas consideradas tipicamente dolorosas, desagradáveis e sem embasamento nas evidências científicas (VENTURI; GODINHO, 2013).

Reflexo dessa afirmação pode ser constatada pela atual ‘epidemia de cesáreas’ vivenciada no Brasil, que tem alarmado a academia, profissionais de saúde e o próprio Ministério da Saúde (MS) para este importante problema de saúde pública, a hipermedicalização do parto no país. Manifestado não só pelo excesso na escolha pelo parto abdominal, mas também pelo uso rotineiro de episiotomias, punção venosa desnecessária, manobras para aceleração do trabalho de parto como o rompimento das membranas e uso da ocitocina, além das lavagens intestinais, suspensão de dieta, uso da manobra de Kristeller etc (LEAL et al., 2014). Para Chaves (2014), a partir dos dados apresentados pela “Pesquisa Nascer no Brasil”, sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento, pode-se afirmar que a assistência atualmente praticada no país não avançou no mesmo compasso que o conhecimento técnico científico acumulado.

A comunidade internacional, profissionais de saúde e organismos não governamentais tem apontado o número crescente de partos cesáreos em todo mundo, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, cujas preocupações centram-se na relação do acréscimo da realização das cesáreas e se isso repercute negativamente na saúde materna e infantil. Encontro realizado no ano de 1985 em Fortaleza – CE estabeleceu como taxa ideal de cesáreas entre 10 e 15%. Reconhecida a necessidade de se estabelecer novos critérios e recomendações em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) concluiu a partir de diversos estudos que taxas de cesáreas superiores a 10% não tem associação com a redução da mortalidade materna e neonatal. Na mesma declaração da OMS, o Brasil é apontado como país que mais realiza tal procedimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015a).

Os dados são alarmantes e veiculados constantemente na mídia. Em notícia da British Broadcasting Corporation intitulada “‘Desvalorização’ de parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas”, onde a taxa de cesáreas no país é de 52% no setor público e no sistema privado o índice oscila de 83% até mais de 90% em algumas maternidades (BARBA; BARIFOUSE, 2014). Figueiredo (2013) descreve que a proporção de cesáreas saltou de 38,9% em 2000 para 52,2% em 2010, com aumento maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apontando para diferenças regionais.

Estudo realizado por Leal et al. (2014), evidenciou diferenças regionais importantes

em nosso país, nas regiões Norte e Nordeste houve menor prevalência de boas práticas e também se verificou a menor frequência de algumas intervenções. Acrescentam que estes resultados provavelmente não se relacionam com uma assistência menos intervencionista e mais humanizada, mas sim com situações de abandono e falta de atenção à mulher.

Há décadas o Brasil vivencia intenso debate acerca da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, configurando um quadro de lutas políticas e ideológicas que vem contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas, como a criação em 1988 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), momento em que o país passava por importante debate político, dentro do qual se situaram: no campo da saúde o movimento pela reforma sanitária; o feminismo na luta das mulheres pela inclusão dos direitos de gênero e reprodutivos na agenda da saúde e das políticas públicas no país (AQUINO, 2014).

Assim como o PAISM, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) representaram um importante passo para qualificação da atenção ao parto e nascimento no país, uma vez que a mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis constituía-se um problema de saúde pública a ser solucionado (BRASIL, 2001).

A luta pela humanização do parto no Brasil, segundo Diniz (2005) amplia-se em diversos estados em meados de 1970. Em 1993 foi criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), com forte ativismo dos direitos femininos e reprodutivos, reunindo mais centenas de indivíduos e instituições. Atualmente destaca-se também a participação da sociedade civil e de ONGs, profissionais de saúde, doulas e grupos feministas. Além do papel ativo das redes sociais, que hoje apoiam iniciativas que valorizem o parto natural como: Amigas do Parto, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras.

Apesar dos esforços empreendidos e estudos demonstrarem que a mortalidade materna no Brasil está em decréscimo progressivo, este ocorreu de forma insuficiente para o alcance em 2015 do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – Melhorar a saúde das gestantes. A meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) foi de redução em $\frac{3}{4}$ da Razão de Mortalidade Materna (RMM), ou seja, 35 óbitos por 100 mil nascidos. A RMM brasileira era de 104 óbitos/100 mil nascidos vivos em 1990 enquanto em 2015 a RMM foi de 44, deste modo o Brasil foi classificado entre os 39 países da categoria em progresso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

A situação da assistência materna no Brasil descrita anteriormente, evidenciada através dos resultados negativos, com falhas e carências assistenciais que impactam a morbimortalidade materna e neonatal, exige uma reflexão acerca da qualidade da assistência

obstétrica que tem sido ofertada à população brasileira. O desenvolvimento desta pesquisa de avaliação ancora-se na necessidade de dar visibilidade para questões que envolvem ensino e assistência, na materialização do cuidado em instituições de ensino, em seus aspectos relativos às trocas entre os múltiplos atores envolvidos no cuidado – profissionais de assistência e de ensino, alunos e usuárias – nas quais interesses diversos convergem ou divergem na produção do cuidado centrado nas necessidades de saúde das usuárias que buscam as maternidades para o nascimento de seus filhos.

O estudo se baseia ainda no pressuposto de que as usuárias, discentes, profissionais de ensino e assistenciais, possuem um saber sobre o dia a dia dos serviços de saúde capazes de (des/re) construir coletivamente novos saberes e práticas em saúde baseados na humanização, equidade e integralidade das ações no Sistema Único de Saúde (SUS) e em defesa da vida. A partir da realidade de um Hospital Universitário, considerando-se o importante papel destes enquanto instituições formadoras de profissionais de saúde, em sua inserção no desenvolvimento de pesquisas e na prestação e produção de cuidados em saúde considerados de excelência no âmbito do SUS.

Diante do exposto, busca-se o esclarecimento das seguintes questões:

- a) Como o ensino interfere no cuidado obstétrico de um Hospital Universitário no estado da Paraíba?
- b) Quais transformações têm ocorrido na formação e no serviço de saúde que tenham como referência o cuidado obstétrico humanizado e a qualidade da assistência à mulher na parturição?

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência obstétrica em um HU da Paraíba, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Compreender a experiência de mulheres que vivenciaram a parturição em hospital de ensino;
- b) Avaliar as condições em que ocorrem a assistência e o ensino, entendendo o hospital universitário como espaço de co-produção de saberes e práticas embasados no cuidado humanizado;
- c) Identificar e discutir de que modo ensino e assistência influenciam-se mutuamente na produção do cuidado obstétrico humanizado;
- d) Evidenciar as confluências e diferenças de objetivos entre os profissionais dos campos do ensino e da assistência e suas repercussões para o cuidado obstétrico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde da Mulher e Obstétrica: um percurso em construção

A seguir, propõe-se uma reflexão acerca de como progressivamente foi constituindo-se e consolidando-se a assistência à Saúde da Mulher e obstétrica no Brasil, traçando uma linha temporal de programas, portarias, bem como documentos internacionais publicados pela OMS e ONU nos últimos 30 anos. Tomou-se como ponto de partida o PAISM, considerado um divisor de águas no que se refere assistência à saúde da Mulher no país, até os dias atuais, com a criação em 2011 da Rede Cegonha (RC). A RC é a mais recente estratégia para enfrentamento da morbimortalidade materna e infantil de menores dois anos de vida, que permanece um desafio governamental e de nossa sociedade, exigindo uma reflexão e tomada de decisão acerca de nossas práticas diárias de saúde exercidas no interior das instituições, que possam responder às reais necessidades de saúde da população, bem como reverter o atual padrão assistencial marcado pelo excesso de intervenções e desrespeito ao corpo feminino, com consequências para saúde individual e coletiva.

O PAISM, criado em 1984, foi fruto principalmente das reivindicações do movimento feminista e de reforma sanitária, em que o país vivenciava um intenso processo de redemocratização. O programa considerado inovador, antecipa princípios como a integralidade e universalidade, mais tarde presentes na efetivação do SUS. O PAISM representou um grande avanço e ampliação da visão da mulher para além de suas características meramente biológicas e de reprodução ao incluir questões de igualdade de gênero, sexualidade e direitos reprodutivos na agenda da saúde das mulheres, com incentivo de sua autonomia e emancipação. Anteriormente, o escopo das ações direcionadas às mulheres estava voltado essencialmente para dois momentos: a gestação e parto. Após três décadas, muitas de suas propostas são consideradas atuais e representaram uma ruptura com aquelas anteriormente apresentadas para saúde das mulheres em nosso país (OSIS, 1998; RATTNER, 2014).

O programa previa ações de educação, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos à saúde feminina, numa visão mais sistêmica e global, considerando todo ciclo da vida desde a infância ao envelhecimento, dentre as quais se destacam: o planejamento familiar; assistência ao pré-natal, parto e puerpério; climatério, agravos específicos – como o câncer de colo de útero e mama; DST's e demais necessidades que fossem identificadas de acordo com o perfil populacional. Deveria ser considerado também, que todo contato com a mulher nos

serviços de saúde como uma oportunidade para que fossem desenvolvidas ações para promoção, proteção e recuperação da saúde deste grupo (OSIS, 1998).

O PAISM introduziu também pela primeira vez a questão do planejamento familiar, como uma escolha individual das mulheres e no seio das famílias, desvinculado das ações estatais para resolução dos problemas demográficos e socioeconômicos. Desde as primeiras décadas do século XX até a década de 70, as ações de saúde direcionadas para as mulheres estavam fortemente voltadas para o aspecto reprodutivo, de forma verticalizada e desintegrada de outros programas federais. Inicialmente houve o incentivo à natalidade, onde teoricamente o crescimento populacional era considerado componente importante para o desenvolvimento do país, através do aumento da população produtiva. Posteriormente com a explosão demográfica, ocorreu uma intensificação do controle da natalidade, onde uma das intervenções no corpo feminino era a prática indiscriminada da esterilização, sem que houvesse qualquer ação de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2004a).

Outro componente considerado importante no PAISM eram as práticas educativas. O acesso à informação por parte das mulheres favoreceria a tomada de consciência, o desenvolvimento crítico e exercício da sua autonomia. As práticas educativas eram direcionadas também aos trabalhadores de saúde, alertando-os para necessidade de relações simétricas entre o corpo assistencial e usuárias (DINIZ, 2005; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Neste contexto, o feminismo trouxe importantes discussões para o campo da saúde da mulher e teve participação fundamental na construção do PAISM, buscando extrapolar a perspectiva reprodutiva, numa visão mais ampliada da saúde da mulher que contemplem a igualdade de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos, aí inclusas questões polêmicas como o aborto (AQUINO, 2014).

No entanto, para Aquino (2014, p. 9) vivencia-se atualmente um momento de “encolhimento da agenda feminista”, com a ampliação da representatividade conservadora e religiosa no parlamento ameaçando o Estado laico. No Ministério da Saúde, a influência desses grupos tem resultado em recuo político e fortalecimento do chamado “materno – infantilismo”. E complementa, que apesar do Brasil declarar-se um estado laico pouco se tem avançado nessas discussões, contribuindo para anulação e invisibilidade deste problema no debate da saúde pública atual, evidenciada pelas estatísticas dos abortos clandestinos, configurando um risco para saúde dessas mulheres.

No campo da assistência materno-infantil, em 1985 foi realizado em Fortaleza encontro organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS discutiu-se o

uso apropriado das tecnologias no nascimento. Deste encontro, surgiu documento conhecido como ‘Carta de Fortaleza’, importante passo para reflexão das práticas obstétricas considerando o respeito aos direitos das mulheres. Nas décadas anteriores, já se discutia a necessidade de uma assistência ao parto menos intervencionista e do fortalecimento do protagonismo da mulher no parto. Dentre as principais recomendações, podemos citar: a não realização rotineira das episiotomias; redução das taxas de cesáreas para níveis inferiores a 10%, sendo que níveis superiores a 15% não há nenhuma justificativa científica de seus benefícios; suspensão das rotinas de enemas, amniotomias, tricotomias e aceleração do trabalho de parto com uso de ocitocinas; incentivo a participação das mulheres, inclusão da família e acompanhante no contexto do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985; OREANO et al., 2014).

A partir dos estudos da Medicina Baseada em Evidências, houve o desenvolvimento de práticas recomendadas na assistência ao parto, tomando-se em consideração a segurança da paciente, bem como a sua efetividade. Após extenso trabalho de revisão, a OMS lançou um guia com recomendações das práticas de atenção ao parto, classificadas em quatro categorias, a saber:

Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; Categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p.1).

As recomendações apontavam para necessidade de transformação das práticas de saúde, a partir de uma percepção do parto como evento fisiológico e natural, com uso apropriado das tecnologias ligadas ao nascimento consideradas seguras e eficazes. Assim, houve a inversão da perspectiva até então adotada e superação da assistência ao parto médico centrada, o parto tido como um evento de risco e conseqüentemente eram necessárias as intervenções médicas sobre o corpo feminino considerado impotente e incapaz de parir (DINIZ, 2005).

Avanços importantes na atenção ao parto e nascimento foram alcançados através da implantação dos Alojamentos Conjuntos, contribuinte para modificações essenciais no atendimento hospitalar tanto em sua estrutura física como na organização da assistência obstétrica e neonatal. Nesse sistema, a mãe e o RN permanecem juntos desde o nascimento até o momento da alta. Comprovadamente os berçários tradicionais não traziam benefícios clínicos para o binômio, não favoreciam a prática do aleitamento materno, bem como

enfraqueciam o desenvolvimento do vínculo ao separar o neonato da mãe. Essa prática assistencial vinha sendo questionada desde o final da década de 40, mais tarde na década de 70, receberia apoio da OMS e UNICEF (UNGERER; MIRANDA, 1999).

De acordo com Costa et al. (2010), no início da década de 80 o governo federal havia lançado a iniciativa de implantação dos alojamentos conjuntos, através da Portaria n.18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que estabelecia normas para o funcionamento, porém sem êxito expressivo.

A criação e obrigatoriedade da existência do Alojamento conjunto encontra-se prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente e estabelece que: “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: [...] V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe” (BRASIL, 1990, cap. 1, art. 10).

Através da Portaria GM/MS nº. 1016/1993 foram definidas as normas básicas de funcionamento dos Alojamentos Conjuntos (BRASIL, 1993). Recentemente revogada, e, instituída a Portaria GM/MS nº 2.068 (BRASIL, 2016). Através do estabelecimento das portarias, observa-se que houve o incentivo e adoção de ações para promoção da saúde e humanização do nascimento, visando a redução da morbimortalidade materna e infantil. Dentre os benefícios desta prática, estão o incentivo ao aleitamento materno, fortalecimento do vínculo afetivo mãe e filho, redução dos riscos de complicações e infecções maternas e neonatais, além de abrir a possibilidade de realização de práticas educativas.

A Conferência Internacional sobre População em Desenvolvimento, conhecida como Conferência do Cairo, realizada em 1994, foi um evento de grande magnitude e importância internacional. Ficou reconhecido que a saúde reprodutiva é um direito humano, havendo a necessidade de promover a igualdade de gênero e que estes são fatores determinantes para qualidade de vida. Houve uma mudança de paradigma, pois até então as políticas e programas estavam vinculados ao controle demográfico como forma de desenvolvimento econômico e social. A CIPD elaborou um plano de ação, a ser executado no prazo de 20 anos compondo uma agenda de compromissos envolvendo 179 países signatários, dentre eles o Brasil. Foram elaborados 15 princípios a serem desenvolvidos, considerando-se as necessidades e especificidades da realidade de cada nação (PATRIOTA, 1994).

A cada cinco anos são realizadas discussões e revisões CIPD, a mais recente delas a Cario+20 foi realizada em Nova York, em abril de 2014. O Brasil tem envidado esforços para alcance das metas propostas, contudo apresenta importantes desigualdades de gênero, dificuldades de acesso e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2015).

Através da Lei nº 9.263, ficou estabelecido que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e a proibição de ações que visem o controle demográfico. O planejamento circunscrito como parte das ações que visam à saúde das mulheres, homens ou casais numa perspectiva global e integral da saúde. Cabendo aos estabelecimentos de saúde proporcionar acesso igualitário aos usuários às práticas educativas e preventivas relacionadas à fecundidade, conforme os meios e técnicas disponíveis e que estes sejam de livre escolha (BRASIL, 1996).

No contexto mundial, a ONU lançou em 2000 os ODM, um conjunto de oito objetivos a serem alcançados mundialmente até o ano de 2015. Dentre eles citamos o quarto objetivo, que diz respeito à redução em 2/3 da mortalidade infantil, para 17,9 óbitos por mil nascimentos; e o quinto objetivo sobre a melhoria do atendimento às gestantes com redução da mortalidade materna em 3/4, ou seja, 35 óbitos por 100 mil nascidos (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Apesar dos esforços empreendidos e estudos demonstrarem que a mortalidade materna no Brasil encontra-se em decréscimo progressivo, com redução de 43% na taxa de mortalidade materna no país, ocorreu de forma lenta, insuficiente e com iniquidades regionais importantes para o alcance da redução em 3/4 conforme a meta estabelecida no quinto objetivo do milênio (BRASIL, 2014a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

De acordo com Szwarcwald et al. (2014), a RMM no país é de 67,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos, ainda que sejam consideradas as melhoras de indicadores tais como alta taxa de cobertura de partos em instituições hospitalares (98%) e na realização de quatro ou mais consultas de pré-natal (91%).

Em 2000 o governo federal através da Portaria GM/MS N.º 569, instituiu o PHPN, tal programa baseou-se no documento anteriormente citado, lançado pela OMS sobre as práticas de atenção ao parto e nascimento. Com a implantação do programa buscava-se superar as falhas do sistema referentes ao acesso, cobertura e qualidade da rede durante o pré-natal, parto e puerpério, e que a assistência prestada primasse pelo atendimento digno às mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2001).

A mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis permanece no cenário da saúde pública como um problema a ser solucionado, mesmo após quinze anos de implantação do PAISM. O PHPN propunha para melhoria das condições de atendimento, de forma integral e humanizada, a instituição de ações mínimas focadas na atenção obstétrica para todo o território nacional e previa as seguintes recomendações: captação e início precoce do pré-natal, com a primeira consulta antes do 4º mês de gestação; mínimo de seis consultas de pré-

natal, distribuídas – a primeira de preferência no 1º trimestre de gestação, duas no 2º trimestre e três no último trimestre; uma consulta de puerpério, até 42 dias após o parto; exames laboratoriais mínimos em diferentes estágios da gestação. Foi implantado o SISPRENATAL pelo Departamento de Informática do SUS, fundamental para avaliação e monitoramento das ações programáticas mínimas e para o bom atendimento da população. O repasse financeiro aos municípios vinculava-se ao cumprimento e incremento destas ações estabelecidas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Para Serruya, Cecatti e Lago (2004), o PHPN centrou-se em dois elementos estruturadores: o respeito aos direitos reprodutivos e a humanização da assistência. A humanização da assistência é colocada como fator fundamental para o alcance da qualidade do atendimento, ressaltando a importância do acolhimento à gestante e de seus familiares, por parte dos profissionais e instituições de saúde de forma digna e solidária. Reconhecia-se a necessidade de rompimento com o modelo tradicional vigente, considerado “medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático”, através do incentivo e adoção de práticas de saúde comprovadamente benéficas para mãe/filho, o abandono daquelas consideradas intervencionistas e desnecessárias como fator de maior risco para morbimortalidade materna e diminuição da qualidade do serviço prestado. Acrescentam que a não percepção da mulher como sujeito e o desrespeito aos seus direitos estariam diretamente ligados à baixa qualidade da assistência.

No texto da Portaria GM/MS N. 569/2000, são citados os principais problemas e focos para enfrentamento da problemática no país: redução da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; melhoria do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, parto e puerpério; implementação de redes de assistência à gestação de alto risco; organização, integração e aprimoramento da rede com a definição dos fluxos de atendimento de referência e contra referência ambulatorial e hospitalar; organização do sistema de regulação com a criação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, para garantia do acesso integral a todos os níveis de complexidade; investimentos de custeio para melhoria das estruturas hospitalares e ambulatoriais, dentre outros (BRASIL, 2000).

No enfrentamento da mortalidade materna em 28 de maio de 2003, o então ministro de estado da saúde, Humberto Costa, instituiu a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, através da Portaria GM/MS nº 652/2003. A portaria reflete um movimento nacional e internacional para redução da mortalidade materna, em que o Brasil havia firmado nos seguintes acordos: Conferência sobre Maternidade sem Risco, Kenya/1987; a Resolução XVII da XXIII Conferência Sanitária/1990; a Cúpula Mundial em Favor da Criança/1991; e adesão

ao comprimento dos ODM, proposto pela ONU em 2000.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, representou mais um esforço governamental para atingir as metas 4 e 5 constantes nos ODM até 2015. Neste fica reconhecido que a mortalidade materna e neonatal são um grave problema de saúde pública, social e político, que exige o desenvolvimento de ações intersetoriais e o envolvimento de diferentes atores sociais para que se possa garantir o sucesso no enfrentamento desta problemática persistente. Salienta em sua introdução, que as taxas elevadas de mortalidade materna e neonatal constituem uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças brasileiras, estreitamente ligadas às condições econômicas e sociais desfavoráveis, que atingem de forma desigual diferentes regiões brasileiras, onde as maiores taxas encontram-se nas regiões Norte e Nordeste. Configurando um cenário de desconhecimento da real magnitude do problema e da baixa qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher no ciclo gravídico puerperal e ao neonato (BRASIL, 2004b).

A atenção a saúde materno infantil têm sido foco de ações prioritárias do HumanizaSUS, implantado como política pública em 2003, “para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2014a).

Na concepção do HumanizaSUS, como política transversal presente em toda rede de assistência do SUS, a humanização deve estar presente em todas as esferas e ações das diversas práticas de saúde. Deste modo, não deve ser encarada como mais um programa, equívoco que poderia acarretar em ações verticalizadas, descontextualizadas, como algo a ser implantado e operacionalizado (BRASIL, 2004c).

Vaitsman e Andrade (2005, p. 608), consideram que a humanização comporta uma concepção política de garantia e respeito de direitos aos usuários, cuja verificação pode ser alcançada através de conceitos operacionais como a satisfação e responsividade. Assim,

o lugar do usuário nos serviços e sistemas de saúde, sobretudo no que se refere à sua condição de sujeito, será ressaltado com as noções de humanização, cujo foco é a dimensão humana, individual e ética do atendimento e a de direitos do paciente, cujo foco é a dimensão da cidadania.

Reconhecendo as lacunas e deficiências existentes na assistência à saúde da mulher, o governo federal lançou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM). Após análise de dados epidemiológicos, avaliação das ações de governos anteriores e dos resultados do PAISM, bem como diálogo com diversos segmentos da sociedade, dentre estes grupos envolvidos na defesa e garantia dos direitos das

mulheres brasileiras foram formulados os princípios e diretrizes do PNAISM. A política define como princípios norteadores o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde,

busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004a, p.5).

Freitas et al. (2009), destacam que houve na elaboração da política preocupação em seus princípios e diretrizes em contemplar aspectos relacionados à promoção da saúde e humanização da assistência, na redução das iniquidades e estabelecimento de ações prioritárias para diferentes grupos populacionais (mulheres indígenas, negras, lésbicas, presidiárias, trabalhadoras do campo e urbanas), em uma perspectiva ampliada da mulher para além da saúde sexual e reprodutiva. Houve também a inserção da temática violência contra a mulher na agenda da saúde. Mas ressaltam que a integralidade na assistência não foi efetivamente alcançada no atendimento às necessidades de saúde nas diferentes etapas da vida, tais como: climatério, atenção à infertilidade, saúde mental e ocupacional.

A garantia de que todas parturientes tenham o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, foi regulamentada através da Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, em exigência da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Tornou-se obrigatório que todos os estabelecimentos de saúde públicos e conveniados garantam a presença do acompanhante de livre escolha da paciente. Cujas recomendações constavam nas ações propostas pelo PHPN, no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal numa perspectiva de direitos de cidadania e humanização do nascimento, bem como seus benefícios clínicos (BRASIL, 2005a, 2005b).

Passados mais de 10 anos observa-se que esse direito ainda não foi assegurado de forma eficaz no país. Dados da “Pesquisa Nascer no Brasil”, onde foram investigados 266 hospitais e uma amostra de 23.940 puérperas, revelou que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante durante a internação para o parto e que para 56,7% ocorreu de forma parcial, e somente 18,8% teve seu direito plenamente assegurado com a presença do acompanhante de forma contínua (DINIZ et al., 2014).

A não implementação do direito ao acompanhante nas instituições de saúde se revela no discurso sobre a estrutura hospitalar inadequada para o acolhimento do acompanhante e na proteção da privacidade das mulheres, referindo-se principalmente aos acompanhantes do

sexo masculino – o pai, sendo negado a este o direito de participação no momento do nascimento do próprio filho (ANDRADE et al., 2014).

Estudo realizado por Brüggemann et al. (2016) sobre a presença de acompanhantes, demonstrou que a criação de grupos de humanização, o trabalho em equipe, modificações no processo de trabalho, apoio institucional, educação profissional e sensibilização dos profissionais de saúde são aspectos facilitadores para inclusão do acompanhante durante a internação. Esta reorganização da assistência visando o cumprimento da lei perpassa por modificações que exigem diálogo contínuo entre a gestão, assistência e usuários para consolidação deste direito.

Além do direito ao acompanhante, citamos a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que estabelece a toda gestante o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade para realização do parto ou intercorrências durante o pré-natal, no âmbito do SUS. É de responsabilidade do SUS, garantir este direito desde sua inscrição no pré-natal, de acordo com nível de complexidade assistencial necessário, conforme avaliação do risco gestacional e incluindo a assistência puerperal. Fica prevista também, a transferência segura da gestante em casos de carência assistencial de qualquer natureza para outra unidade que proporcione cuidado requerido (BRASIL, 2007).

Segundo Aires et al. (2015), a promulgação das leis não tem garantido sua aplicação. Observa-se a deficiência de conhecimento entre profissionais e usuárias acerca da legislação que asseguram os direitos reprodutivos às mulheres e das medidas de humanização ao parto e nascimento. Tal desconhecimento torna-se um empecilho para aderência e aplicabilidade legislativa nas maternidades, o que sugere maior investimento do MS em qualificação dos profissionais e aplicabilidade dos direitos previstos, através de ações envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, de modo a acelerar a redução das desigualdades nestas regiões entre os anos de 2009 e 2010, com investimento financeiro inicial previsto de R\$ 110 milhões. A meta foi a redução em pelo menos 5% da mortalidade infantil em menores de um ano, e principalmente no período neonatal (menos de 28 dias de vida). As ações foram executadas em 250 municípios prioritários, sendo 154 municípios na região Nordeste e 96 municípios situados em nove estados da Amazônia Legal (BRASIL, 2009).

Com este fim, também foi elaborado o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros, cuja meta foi qualificar 26 maternidades e melhorar a rede de cuidados perinatais desta região, compondo 16 estados participantes. O

plano apresentou excelentes resultados, o que permitiu seu aprimoramento e ampliação para todo território nacional através do lançamento da RC em 2011. Em ambos, trabalha-se com a perspectiva de redes de cuidados com apoio institucional e às equipes de saúde. Cujas metas são

criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das(dos) usuárias(os) e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna (BRASIL, 2014a, p.12).

No final do ano de 2010, o MS havia instituído no âmbito do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) através da Portaria GM/MS N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. A implantação das RAS é considerada uma estratégia de superação e enfrentamento da fragmentação no SUS, para aperfeiçoamento da gestão, com objetivo de assegurar aos usuários o acesso contínuo aos serviços e ações de saúde com efetividade e eficiência. No documento oficial é apresentada a seguinte definição das RAS: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4).

A organização através de RAS já vinha sendo recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (2009) – as Redes Integradas de Serviços de Saúde, baseada na Atenção Primária à Saúde (APS), com proposta de reduzir a fragmentação dos serviços de saúde e contribuir para melhoria do acesso, equidade, eficiência, melhor qualidade técnica e uso dos recursos e satisfação dos usuários. Silva e Magalhães (2013, p.81), conceituam as RAS como:

uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde.

A estruturação do sistema através das RAS apresenta uma possibilidade eficiente para a concretização da integralidade no SUS. Em seus elementos constitutivos observa-se: o fortalecimento da atenção básica, relações mais dinâmicas e horizontais, o território sendo fundamental na constituição e estruturação das ações, bem como criação dos vínculos com usuários baseados na confiança e apoio contínuo (MAGALHÃES, 2014).

Após pactuação tripartite em 2011, foram definidas cinco áreas prioritárias das RAS: Rede Cegonha – voltada para atenção à gestação e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial – com prioridade para enfrentamento do uso do álcool, crack e outras drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas – inicialmente intensificar a prevenção e controle do câncer de mama e colo de útero; Rede de

cuidado à pessoa com deficiência.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a RC no âmbito do SUS, elenca como princípios:

- I – o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II – o Respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III – a promoção da equidade;
- IV – o enfoque de gênero;
- V – a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI – a participação e a mobilização social;
- VII – a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011a).

A RC constitui-se como possibilidade de concretização da melhoria da qualidade da assistência no SUS, ao instituir mecanismos de financiamento e incentivos técnicos associados à transformação do modelo assistencial obstétrico e neonatal vigentes, propondo uma nova forma de organização e gestão em todo território nacional (BRASIL, 2014a).

Ainda que se considere a crítica de grande enfoque ao aspecto reprodutivo da RC, atualmente ela é a principal estratégia governamental de atenção ao parto e nascimento no país. A RC busca incorporar os princípios da política de humanização da assistência no SUS e tem por objetivo assegurar às mulheres: “[...] o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; às crianças: direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

No plano internacional, duas recomendações foram recentemente publicadas pela OMS no que se refere à assistência obstétrica: prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde; e uma revisão sobre a taxa de cesarianas, fenômeno crescente mundialmente, onde taxas superiores a 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna, perinatal e neonatal. No Brasil a principal via de nascimento é o parto cesáreo, o que colocou nosso país na triste posição do campeão internacional de cesáreas. A taxa ajustada para o Brasil pela OMS foi de 25% - 30%, levando em consideração o histórico elevado do procedimento e características populacionais. A recomendação atual é da adoção como instrumento padrão a Classificação de Robson para avaliar e comparar as taxas de cesarianas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015a).

O número de cesarianas vem aumentando progressivamente ano após ano, no sistema público e privado. De acordo com dados da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2016a), 56,7% dos partos realizados no país são por esta via, nos

serviços públicos a taxa é de 40%, situação agravada no sistema privado onde é em torno de 85%.

O MS através da Portaria N. 306/2016, instituiu o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesariana, como uma das medidas para frear a atual epidemia de cesáreas, estabelecer critérios clínicos claros de indicação da via de parto e acompanhamento de mulheres submetidas ao procedimento. Inclui-se a obrigatoriedade de informar à gestante ou seu responsável legal, sobre os riscos da cirurgia e os medicamentos utilizados (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2016a).

No Brasil e no mundo, houve aumento progressivo da assistência ao nascimento em instituições de saúde. Tal situação favoreceu adoção de cuidados à saúde reprodutiva, visando reduzir os riscos e proporcionar assistência adequada, segura e de boa qualidade como elemento fundamental no combate a morbimortalidade materna e neonatal. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (2014) enfatiza que paralelamente ao aumento da institucionalização do parto houve também o aumento dos abusos, desrespeito e maus-tratos contra a mulher. Fatos que violam os direitos humanos, bem como reduzem a confiança das pessoas nos profissionais de saúde, nas instituições, podendo repercutir na redução da procura pela assistência. Este é elencado como um importante problema de saúde pública e dos direitos humanos, sendo urgente a adoção de medidas concretas para seu combate.

Dois momentos são considerados críticos, onde mulheres e crianças ficam mais vulneráveis a estas situações de violência, durante o parto e pós-parto. Assim como, alguns grupos estão mais propensos a sofrerem abusos e violência: adolescentes, mulheres solteiras e de baixo nível sócio-econômico, imigrantes, minorias étnicas e as que vivem com HIV. Ainda que se reconheça as evidências desse grave problema e de sua distribuição mundial, existem grandes lacunas no conhecimento que precisam de melhor investigação, sua prevalência e impactos na saúde das populações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Na perspectiva de reflexão, compreensão e de co-produção da assistência obstétrica que temos e a que almejamos, faz-se necessário agregarmos a perspectiva da política pública de humanização do cuidado no SUS – o HumanizaSUS, da RC, bem como aspectos ligados ao cuidado em saúde. Campos (2000, p. 232) conceitua co-produção, como

o constituir-se e o desconstruir-se das coisas. A mudança e marcos que identificam estes processos. Um ente ou um fenômeno produzindo e sendo produzido por outros, ao mesmo tempo. A constituição de Sujeitos, de necessidades sociais, de instituições, de valores, de tudo, ocorre por meio de processos de interprodução. O produto influenciando o produtor; os objetivos, os meios de produção; e vice-versa.

3.2 Cuidado

O conceito de cuidado contribui para reflexão das ações de saúde hoje realizadas no país, assim como na assistência obstétrica, abre a possibilidade para construção de articulações sobre um novo modo pensar e agir em saúde, que leva em consideração o sujeito que demanda o cuidado, o cuidador e o contexto social onde se insere o serviço de saúde. Por outro lado, o conceito de cuidado tem sido considerado como difuso, de difícil apreensão e compreensão de forma unívoca, conforme ocorre com conceito de saúde.

Bustamante e Mccallum (2014, p. 673), em revisão sobre o conceito de cuidado, consideram que o termo foge a definições unificadas e universalizantes. Podendo ser apresentado ora de forma restrita ou muito ampla, havendo multiplicidade do sentido a ele atribuído. A partir da obra de Ayres, as autoras consideram que o cuidado na área da saúde pode ser compreendido de duas formas: a primeira como “horizonte normativo que orienta as práticas de saúde”; e segundo como “construção cotidiana de projetos de pessoas que se dá em um marco de relações de poder”.

Segundo Ayres (2001, 2007) o cuidado apresenta-se por sua permeabilidade e flexibilidade entre componentes técnicos e não técnicos, fazendo dialogar diferentes racionalidades, as científicas e também de outras ordens. Considera a produção do cuidado um elemento orientador das práticas de atenção à saúde, em qualquer plano – individual, coletivo, da comunidade etc. Cuidado como conceito orientador para realização de “*projetos de felicidade*”. Assim, um encontro terapêutico que considere os projetos de felicidade dos envolvidos na produção do cuidado, traz consigo novos modos de fazer saúde e novas mediações técnicas são demandadas. Mas, o próprio autor admite a felicidade como termo de difícil definição, podendo ser compreendida somente a partir do vivido, em referência às práticas e valores socialmente construídos. Assim cuidado pode ser entendido como

[...] uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2007 p. 133).

O cuidado emerge das relações que se constroem entre os sujeitos (profissionais, gestores, usuários) e instituições de forma interativa e responsável, nas quais os usuários buscam solução para uma necessidade de saúde, sofrimento ou adoecimento, em sentido mais amplo na busca da felicidade. Pode-se deste modo, conceber o cuidado como uma espécie de encontro terapêutico, em que se conjugam elementos técnicos e humanistas da atenção à

saúde (AYRES, 2004).

Para Pinheiro (2015), cuidar significa acolher, respeitar e reconhecer no ser humano seu sofrimento, muitas vezes decorrente de sua fragilidade social, fornecendo atendimento de qualidade e com resolutividade aos problemas de saúde. A ausência de cuidado, caracterizada pelo abandono e descaso são elementos que podem aumentar o sofrimento e agravamento do quadro de adoecimento.

Assim, no cuidado são ultrapassadas as fronteiras e contornos definidos pelos diagnósticos, lesões, técnicas e profissões do campo da saúde, inserindo-se na esfera do ser humano que adocece, sofre e necessita de ‘cuidado integral’, aproximando-se do conceito de integralidade, princípio do SUS que orienta todas as práticas de saúde. Restringi-lo a capacidades técnicas, tarefas e competências seria equivocado, pois através da relação cuidadora ocorrem o acolhimento, a escuta, a formação dos vínculos, o respeito a intersubjetividade, todos estes elementos compõem sua constituição (PINHEIRO, 2015).

Para Oliveira-Pereira et al. (2011), a relação de cuidado alinhava-se com a reforma sanitária, deslocando o papel do profissional de saúde, antes focado no adoecimento cujo objetivo é o tratamento e ações curativas, para uma visão mais ampla dos sujeitos através do “cuidar”. Há uma superação da visão focada na doença, diagnósticos e intervenções para uma postura de reconhecimento da subjetividade, abrindo diferentes possibilidades nos modos dos indivíduos perceberem e vivenciarem a experiência da saúde e do adoecimento, produzindo novos sentidos que podem contribuir para sua emancipação.

Pinheiro e Mattos (2006, p.15) ao considerar o cuidado como tecnologia, discorrem sobre três aspectos considerados importantes, os quais sejam: “a democratização do processo de trabalho na organização dos serviços [...]; renovação das práticas de saúde [...] e valorização do cuidado como tecnologia complexa em saúde”. Tomar o cuidado na atenção à saúde como tecnologia assistencial complexa, pois busca estabelecer relações de saúde e sociais. Este movimento introduz certa complexidade, principalmente por envolver a interconexão e o trânsito de diferentes dimensões em que os sujeitos estão imersos, sejam elas sociais, políticas, culturais, econômicas etc. Ainda segundo os autores, experiências positivas e de inovação, sobretudo em sistemas locais de saúde, têm demonstrado que estas possuem alicerce na integralidade e na valorização dos sujeitos, unindo tecnologias de cuidados e de gestão que considerem o usuário como sujeito que busca o serviço de saúde a partir de necessidades que precisam ser atendidas e respeitadas.

A reflexão sobre demandas de saúde na proposição de Franco e Merhy (2005) apontam para necessidade de ressignificar a ideia de cuidado, pensá-lo a partir de outros

referenciais que valorizem o trabalho dos profissionais de saúde, onde a dimensão relacional possui papel fundamental. O reconhecimento do protagonismo de usuários e trabalhadores para mudança nos serviços de saúde, da subjetividade e que os envolvidos na produção do cuidado estejam engajados em projetos de saúde coletivos que visem o cuidado centrado nos usuários, em um processo criativo e participativo, capaz de acolher através de uma escuta efetiva e responsável. Esse movimento vai além do desempenho de competências técnico-científicas, propõe-se na verdade uma desconstrução do modo de fazer fundado na técnica, nos procedimentos, no consumo de medicamentos etc. Este modelo demonstrou-se limitado, e não raro gera uma bola de neve onde usuários sentem-se desprotegidos e insatisfeitos com a assistência recebida. Enquanto nos profissionais gera sentimentos como de frustração e conflito com os usuários que não têm suas demandas atendidas, pressionados pela insuficiência de recursos para o desempenho das atividades, além das cobranças constantes por parte da gerência por otimização e redução na utilização dos recursos escassos, e deste modo, controlar os custos assistenciais.

Feuerwerker e Cecílio (2007), em análise da atenção à saúde e o ensino nas instituições hospitalares, referem que este pode apreendido sob a perspectiva de um encontro intersubjetivo entre profissionais, usuários e a utilização de diversos tipos de tecnologias. Emerge-se daí a importância em resgatar a dimensão cuidadora e a integralidade, como elementos para superação da assistência focada no uso de tecnologias em detrimento das relações humanas, evitando-se o empobrecimento da relação cuidadora.

Diversos são os caminhos que nos levam a reflexão do que seja necessidade de saúde, caminhos por vezes entendidos de forma distorcida e que produzem ideias equivocadas de consumo de bens e serviços. A busca da satisfação das reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, passa pela valorização dos trabalhadores e da capacidade destes de gerarem acolhimento resolutivo e integral, num movimento mais horizontal e que se constrói conjuntamente com os usuários. O mercado tenciona continuamente para o consumo, a exemplo temos o crescimento desenfreado da indústria farmacêutica e o desenvolvimento crescente do aparato tecnológico no setor saúde, exercendo de certo modo influência na demanda social da saúde como um valor de consumo submetido à lógica capitalista (LUZ, 2005).

Cecílio (2001) trabalha o conceito de necessidades de saúde, compreendida através de quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto de necessidades é de '*boas condições de vida*', aí compreendidas a partir de diversos ângulos, desde seu aspecto mais funcionalista que enfatiza fatores ambientais e externos que interferem no processo saúde doença, aos processos

que consideram a inserção das pessoas no processo produtivo numa sociedade capitalista, conforme contribuições do Marxismo, que nos ajudam compreender os modos de adoecer e viver; o segundo conjunto de necessidades de saúde diz respeito ao *'acesso'* a diferentes níveis de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, abandonando a ideia de hierarquia de valores entre tecnologias duras, leve-duras e leves; o terceiro conjunto de necessidades refere-se a *'criação de vínculos'* entre profissionais e usuários, vista como encontro de subjetividades que ocorre ininterruptamente no espaço e tempo onde ocorrem as relações entre as pessoas nos serviços de saúde e com a comunidade; e por último à necessidade das pessoas de terem *'graus crescentes de autonomia'*, abrindo possibilidade para que os sujeitos possam dar sentido a sua própria vida, lutar por sua própria saúde e satisfação das necessidades individuais e coletivas.

Jouteau-Neves e Malaquin-Pavan (2013) em estudo sobre a enfermagem em cuidados paliativos consideram o cuidado como fundamento da profissão. A prática cuidadora exige um posicionamento de acolhimento ao outro, com tolerância, zelo pela intimidade, capacidade comunicacional, autenticidade na relação que transmita segurança, confiança e respeito. Capacidade também de percepção do outro em seu estado atual e no seu potencial devir, aceitando-o sem julgamentos de valores, emoções ou ações por estes expressas. Cabendo ao profissional promover o conforto, o bem-estar, a satisfação de necessidades e assegurando a autonomia do sujeito na exploração de suas esperanças e opções de vida.

A relação que se estabelece entre o sujeito que recebe o cuidado e o cuidador carece de uma tomada de posição simétrica e livre de hierarquias de poder, partindo do princípio que a liberdade de escolha é fundamental, onde sujeitos livres realizam suas escolhas a partir de diferentes contextos (MOREIRA, 2007). Complementar a esta perspectiva Jouteau-Neves e Malaquin-Pavan (2013), consideram que o termo acompanhamento compreende a relação cuidador e aquele que recebe cuidados, que demanda competências de escuta respeitosa e comunicação autêntica. Uma vez instaurada a relação cuidadora forma-se uma espécie de aliança terapêutica entre a equipe, usuário e daqueles ao seu redor. Um bom acompanhamento seria aquele capaz de representar uma exaltação do próprio cuidado.

Ainda sobre a simetria da relação cuidadora, Safran (2014) considera que uma reflexão fundamental, porém distante da realidade da medicina cotidiana, é o reconhecimento e a compreensão do outro. Nesta perspectiva, cuidadores devem considerar o fato de que o conhecimento e competências técnico-científicas não os posicionam em situação de superioridade, exigindo uma postura de diálogo e vigilância ética sobre os seus próprios comportamentos e práticas.

Deslandes (2007) denomina de “banalização do sofrimento”, contextos onde há a negação do cuidado ao outro como um valor. A autora, identifica quatro categorias interpretativas do sofrimento do outro:

- a) o sofrimento suportável, o sofrimento do outro é menor, considerado comum ou banal, ele não é legítimo, pode ser considerado inadequado e/ou inoportuno;
- b) a banalização do outro, por consequência de seu sofrimento também. A negação do outro, sua desqualificação ou atribuição de menor valor/status leva a uma desqualificação de seu sofrimento;
- c) a banalização do sofrimento dos usuários relacionado com a banalização do sofrimento do cuidador. O sofrimento do cuidador o limita na constituição e mobilização de vínculos empáticos com os usuários;
- d) a racionalidade biomédica tradicional que naturaliza o próprio sofrimento, como uma situação comum e usual.

Na perspectiva ética do cuidado proposta por Zaboli (2007, p. 76), cuidado é definido como “práxis responsável de cidadãos morais – usuários e trabalhadores – engajados num projeto comum de cuidado”. Uma construção coletiva, compreendendo a existência de conexões e interdependências, onde a responsabilidade apresenta-se como fator essencial e que deve circular de forma mútua e recíproca. Então, o cuidado como um valor guia, exige sensibilidade e compromissos éticos de transformação no setor saúde e na própria sociedade pelo exercício da cidadania moral.

Hotimsky (2007) em investigação sobre formação a médica para atenção ao parto, relata que a dimensão cuidadora ou relacional e intersubjetiva, é tratada de forma secundária ou de pouca importância. Observa-se que são dedicadas poucas horas na grade curricular, trabalhadas distantes do tronco principal das disciplinas, privilegiando aspectos técnicos e científicos pelos docentes e discentes. Assim, os aspectos subjetivos e não técnicos, que se apresentam na relação cuidadora são vistos como menos importantes e/ou colocados em segundo plano.

Ao refletir sobre o papel do docente e a necessidade de reformas na formação que considerem o cuidado de si e do outro, Pignatelli (2000) propõe que o princípio da equidade abre possibilidade de renovação e introduz para os docentes o desafio criar novas alternativas, de estímulo à cooperação e participação de indivíduos marginalizados e esquecidos, cujas diferenças são normalizadas, encaradas ou reduzidas a déficits.

De acordo com MS, o “objetivo global do cuidado durante o parto é gerar uma experiência positiva para a mulher e sua família, mantendo a saúde física e emocional, bem

como evitar complicações, e intervir rapidamente caso haja uma situação de emergência.” Para o alcance deste objetivo, considera-se fundamental estabelecer-se a comunicação efetiva, envolvendo a participação ativa da mulher e de sua família. São elencados alguns elementos chave: cuidado individualizado, avaliação e respeito às crenças e valores dos envolvidos; flexibilidade e adaptação do cuidado de acordo com as necessidades e expectativas pessoais; escolha bem informada e baseada em evidências, com respeito às decisões das usuárias e compreensão dos motivos de recusa do cuidado ofertado (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2016b, p. 108).

3.3 Avaliação em saúde

As pesquisas de avaliação podem contribuir para melhoria dos serviços de saúde, e mais amplamente na modificação de práticas de saúde comprovadamente ineficazes ou maléficas, a exemplo do que vem ocorrendo na assistência obstétrica brasileira. Contandriopoulos et al. (1997), consideram que a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou parte de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Para Silva (2005), há uma diversidade e complexidade no interior da área de avaliação, adverte-se também dos riscos da simplificação que levam ao reducionismo. Entretanto, para fins práticos se estabelece três objetivos primários para avaliação de programas: possibilidade de realização de julgamentos; auxiliar e facilitar seu desenvolvimento e ainda favorecer o conhecimento.

O ato de avaliar está presente em nossos atos cotidianos, pode-se afirmar que esta é na verdade uma atividade bem antiga. Há registros do emprego de métodos avaliativos pelos chineses há cerca de quatro mil anos, no recrutamento de funcionários públicos. Nas modernas sociedades ocidentais, diversas são as correntes ideológicas e filosóficas que emergiram e consolidaram o campo de avaliação em pesquisa social (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

No campo da saúde, a avaliação surge vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, através de testagem de intervenções, controle de doenças infecciosas e criação dos primeiros sistemas de informação que auxiliassem nas políticas sanitárias principalmente em países desenvolvidos Hartz (2008). Ao longo do tempo, o campo da avaliação foi progressivamente agregando novas perspectivas e conhecimentos, podendo ser classificado a partir de cinco gerações ou estágios. Guba e Lincoln (1989) afirmam que a passagem de um

estágio para outro da avaliação aconteceu através do desenvolvimento de conceitos e da acumulação de conhecimento.

O primeiro estágio das avaliações foi centrado na medida, principalmente relacionadas aos resultados escolares, testes de inteligência e produtividade dos trabalhadores. A tarefa do avaliador neste primeiro período era essencialmente técnica, valorizando o domínio da construção e utilização de instrumentos que medissem os fenômenos em estudo. Ou seja, “nesta época, as preocupações em matéria de avaliação resultam da necessidade de saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoram as condições de vida das sociedades e dos indivíduos” (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 21).

O segundo estágio das avaliações, considerado historicamente como a idade da inocência (1930-1957), concentra-se em identificar e descrever como os programas alcançam os resultados, assim o interesse das avaliações refletia uma preocupação em “racionalizar e controlar a ação administrativa”. Mas com o começo da Segunda Guerra Mundial, novas necessidades impuseram ao campo da avaliação transformações e ampliação do seu papel. Torna-se importante destacar que é neste período que o avaliador deixa de ser um mero técnico, pois além das características individuais o avaliador também deve ser capaz de descrever, compreender a estrutura, as fragilidades, responder aos objetivos e também propor ações para a melhoria dos programas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Também neste segundo período os conceitos de medida e avaliação se distinguem, a medida torna-se um meio ou coloca-se a serviço das avaliações. Também neste período a inserção das ciências sociais torna-se cada vez mais presente e tais disciplinas introduzem avanços metodológicos nos estudos avaliatórios (HARTZ, 2008).

De acordo com Hartz (2008, p.51), o terceiro estágio inicia-se nos anos 1960 até final da década de 80 e as avaliações de terceira geração estão focadas no “juízo”,

como competência fundamental do avaliador, a institucionalização das práticas avaliativas e a emergência das iniciativas de profissionalização, como campo de conhecimento distinto, evidenciadas pelo número crescente das publicações específicas, a emergência das associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade. A passagem da segunda a terceira geração se justificava, sobretudo, por duas lacunas: apreciavam apenas os alcances dos objetivos *ex-post*, sem questioná-los em seu valor e relevância, não observando, portanto, as lacunas dos programas.

Ainda de acordo com Hartz (2008), a quarta geração das avaliações, agrega e leva em conta abordagens e métodos das fases anteriores, ou seja, não é excludente. Mas avança no sentido de tornar-se mais inclusiva e participativa, havendo um processo de negociação entre os diversos envolvidos na intervenção. Neste contexto, o pesquisado-avaliador destitui-se do

papel de juiz e torna-se parte do processo avaliativo. Corroborar com esta concepção Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p.36), ao considerarem que neste período as avaliações se tornaram “instrumento de negociação e de fortalecimento de poder (*empowerment*).” Assim, as avaliações não estão reservadas ao campo dos especialistas, em constante processo evolutivo, participativo, interativo, com a inclusão de diversos atores em um processo de constante negociação. Neste período encerram-se os debates infrutíferos entre métodos qualitativos e quantitativos no campo da avaliação, iniciaram-se abordagens pluralistas, ampliou-se o espectro das ferramentas metodológicas para melhor compreensão da realidade em estudo.

Nos dias atuais emerge a quinta geração das avaliações, chamada de emancipadora, pois considera a participação da sociedade civil em todas as etapas do processo avaliativo. Baron e Monnier (2003, p. 2) apontam que a teoria se desenvolveu na mesma época na França e América do Norte, pode-se considerar que sua prática ainda não se tornou generalizada, entretanto os autores propõem ser esta uma forma para tomada de poder da sociedade civil, em que ela mesma decide o conteúdo da avaliação, conduz os trabalhos e os julgamentos das ações públicas. Tanto a quarta quanto a quinta geração das avaliações, podem ser qualificadas como participativas. Mas fazem um alerta importante,

um processo de avaliação que se limita a perguntar aos beneficiários de um programa sua opinião sobre seus efeitos através de questionários e entrevistas, ou lhes restituir conclusões de avaliações durante uma reunião, não podem ser consideradas como participativas, na medida em que não associou seus beneficiários na definição da problemática estudada.

Para Hartz (2008) a quinta geração avança, assim como as demais, na melhoria e definição de políticas públicas, auxilia diversos grupos sociais aos quais está relacionada para compreensão e transformação da realidade em seu favor. Refere que a teoria está embasada em uma larga experiência de diversos grupos de pesquisadores em diferentes países. Em um processo que pode ser considerado de co-produção dos participantes envolvidos, o papel do avaliador seria de mediador, tradutor do processo analítico e dos resultados.

De acordo com Santos-Filho (2014, p. 4), as pesquisas de avaliação da humanização têm um complexo desafio na definição do desenho metodológico e analítico, que sejam capazes de abarcar “a finalidade de promover o protagonismo e aumentar o coeficiente de autonomia dos sujeitos/equipes/serviços, aumentando sua capacidade de análise e de intervenção, juntamente à melhoria das práticas de atenção e respostas para os usuários”.

Para Silva (2005), as avaliações podem recortar todos os níveis do sistema de saúde, sendo elas avaliações de políticas, de programas ou de projetos. Ao realizar-se a seleção dos

atributos ou características que serão avaliadas fica então definido o foco da avaliação, e neste campo é também onde se encontra maior diversidade terminológica, bem como a polissemia conceitual. Tal dificuldade apresenta-se, por exemplo, nas pesquisas que avaliam a qualidade, que é foco desta tese.

No início do século XX, com a publicação em 1910 do relatório Flexner pela Associação Médica Americana ficou demonstrado as falhas na formação médica, bem como a precariedade hospitalar americana (AZEVEDO, 2015). Tal relatório alavancou uma grande reforma na formação médica nos EUA e mundialmente. Após mais de 100 anos de sua publicação, suscita discussões acerca de sua influência e consequências sob a formação médica e na assistência à saúde, pois reflete o predomínio positivista, biologicista e unicausal do processo saúde-adoecimento (PAGLIOSA; ROS, 2008). Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões, elencou os principais padrões hospitalares de qualidade, que ficou conhecido como “padrões mínimos”, estes mais tarde serviram como alicerce para as estratégias de avaliação dos serviços de saúde – as chamadas creditações (LUCE et al., 1994).

Somente a partir da segunda metade do século XX, na década de 60 surgem os primeiros trabalhos de Avedis Donabedian, tornando-se um dos clássicos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para Donabedian, o cuidado considerado de qualidade deve maximizar o bem-estar do paciente, após análise de perdas e ganhos durante todo o processo (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

Donabedian (1980, 1990) trouxe importantes contribuições teóricas ao propor avaliações baseadas na Tríade estrutura-processo-resultados. No campo de avaliação da qualidade dos cuidados e serviços de saúde, de acordo com este modelo avaliativo: estrutura – envolve recursos físicos, materiais, humanos e financeiros necessários para provisão dos cuidados em saúde; processo – engloba todas as atividades de saúde ligadas ao diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educativos em que os cuidados são prestados e da interação entre profissionais e usuários assistidos; resultados – fruto da assistência prestada a partir dos cuidados dispensados/recebidos são observadas as mudanças.

Serapioni (2009) destaca a complexidade do conceito de qualidade da atenção à saúde, havendo utilizações distintas sobre o mesmo termo por diversos autores. Cita que na Europa, foram identificados 60 diferentes tipos de abordagem para este tema. Caracterizando-se assim a complexidade, capilaridade e multiplicidade do conceito. Para o mesmo autor, a complexidade da qualidade depende de diversos fatores, seriam eles: a) a complexidade da concepção de saúde; b) a variedade de atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; c) a pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade, que

também dependem do próprio conceito multidimensional da qualidade; d) a peculiaridade das ações do setor saúde que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultado das interações entre profissionais e pacientes, ações e interações que as constituem; e) qualidade está condicionada e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas ainda hoje representa um desafio para os diversos atores que operam no campo da saúde (SERAPIONI, 2010). Nesta perspectiva apresentamos abaixo algumas definições de qualidade da assistência à saúde na atualidade, buscando estabelecer base teórica e conceitual em permanente expansão e consolidação da avaliação em saúde.

A palavra qualidade vem do latim *qualitate*, o dicionário Houaiss (2012, p. 644), define qualidade como:

s.f. **1** atributo que determina a essência ou a natureza de algo ou alguém <prefere q. a quantidade> **2** valor moral; virtude **3** característica comum ou inerente que serve para agrupar seres ou objetos; espécie **4** condição social, civil, profissional etc. **5** fig. Capacidade de atingir os efeitos desejados; propriedade **6** superioridade, excelência.

No manual de auto avaliação da atenção básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p. 12), qualidade é definida como:

[...] o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

O Instituto de Medicina dos EUA define qualidade do cuidado como “grau que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes e de populações, aumentam a chance de produzir resultados desejados e são consistentes como o conhecimento profissional atual”. A qualidade é avaliada a partir de seis atributos: segurança, efetividade, foco no paciente, oportunidade, eficiência, equidade (BRASIL, 2014b, p.7).

Serapioni (2009) destaca a conceituação de qualidade, definida através de alguns elementos, tais como: a satisfação das necessidades dos usuários, com custos reduzidos e em conformidade com as regulamentações vigentes. Tal definição, é importante porque incorporara temas como a satisfação, a efetividade, eficiência, equidade, além da noção de necessidades de saúde.

Diante do exposto anteriormente, podemos considerar que o termo qualidade abre inúmeras possibilidades e ângulos para sua percepção, a partir dos diferentes atores envolvidos no processo. Acrescido o fato de que, conforme esclarece Donabedian (1990,

p.113) “de cultura a cultura, mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”.

No Brasil, nas últimas décadas, vêm surgindo novas propostas para avaliação do sistema de saúde. O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) é uma proposta de metodologia para avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, formulada por pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa em saúde coletiva. A OMS publicou “World Health Report 2000”, no qual constavam indicadores de avaliação de desempenho de serviços de saúde desenvolvidos por técnicos da OMS e estabelecia um ranking entre 191 países membros. Tal documento suscitou discussões e apontamentos quanto sua fragilidade conceitual e metodológica. Assim, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) juntamente com o MS lideraram um movimento de análise crítica à proposta, desembocando no PROADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

O PROADESS, após intenso debate acadêmico, desenvolveu uma matriz conceitual hoje amplamente utilizada, composta por quatro dimensões: os determinantes da saúde, as condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde. A equidade é o eixo que corta transversalmente todas estas dimensões. No que se refere ao desempenho dos serviços de saúde, são elencadas seis sub- dimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. Na perspectiva do PROADESS,

o foco da avaliação incide sobre o desempenho dos serviços de saúde que, por sua vez, depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e cujo funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 18)

Exposição aprofundada sobre a temática da avaliação da qualidade da assistência à saúde encontra-se descrita no Apêndice A, onde foi amplamente desenvolvida no formato capítulo de livro intitulado “**Avaliação da qualidade da assistência à saúde: concepções histórico-conceituais**”, em co-autoria com o Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes e a Prof^a Dr.^a Ana Lúcia Andrade da Silva, a ser publicado através da Editora UFPE em 2018.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa situa-se no campo de avaliação da qualidade da assistência, trata-se de um estudo de caso único de cunho exploratório e explanatório, utilizando como estratégia metodológica de pesquisa uma abordagem mista de métodos qualitativos e quantitativos, por triangulação de métodos. Faz-se necessário o esclarecimento do percurso metodológico adotado, bem como situar o objeto e as escolhas dentre os múltiplos caminhos possíveis para dar respostas, ainda que provisórias e parciais, acerca das práticas de saúde em obstetrícia nos hospitais de ensino.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente e possui como característica técnica importante o estudo de fenômenos contemporâneos em contexto real de vida. Nas pesquisas de avaliação o estudo de caso teria pelo menos cinco aplicações: explicar vínculos causais em intervenções reais; descrever uma intervenção e o contexto que ocorre; ilustrar tópicos dentro da avaliação; como estratégia possibilita explorar situações onde intervenção avaliada e resultados não apresentam um conjunto simples e claro; por último pode ser uma meta-avaliação.

A escolha por os estudos de caso deve ser realizada quando há possibilidade de observação direta sobre os fenômenos, além de suas aplicações funcionais:

[...] (1) compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; (2) descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; (3) avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e (4) explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos (MINAYO, 2008, p. 165).

Um dos fundamentos para utilização do caso único apontado por Yin (2005) seria que este é representativo ou típico. Cujo objetivo é capturar circunstâncias e condições naturais, consideradas comuns ou típicas em determinada circunstância ou lugar presentes no cotidiano. Assim, esse tipo de estudo pode acrescentar informações acerca das experiências das pessoas ou instituição. Para o mesmo autor, sua vulnerabilidade reside no fato que o caso pode não ser o que se pensava ao início. Daí a necessidade de um bom planejamento e investigação cuidadosa visando reduzir representações equivocadas e potencializar as oportunidades para coleta de dados ou evidências necessárias a pesquisa.

Outro fundamento para a escolha de estratégias de pesquisa, é que estas devem ser

guiadas pela delimitação do objeto e pelo foco da avaliação proposta, neste sentido Gomes (2012) sugere os estudos de caso e abordagens qualitativas ao avaliarmos a dimensão relacional das práticas nos serviços de saúde. E acrescenta, dependendo do nível de profundidade demanda o uso de diversas técnicas para coleta e análise dos dados. Mendes (2010) compartilha desta perspectiva ao afirmar que é fundamental conhecer o objeto de investigação, definir as perguntas a serem respondidas, e a partir daí, realiza-se as escolhas de quais métodos e técnicas devem ser utilizados, sejam estes qualitativos ou quantitativos.

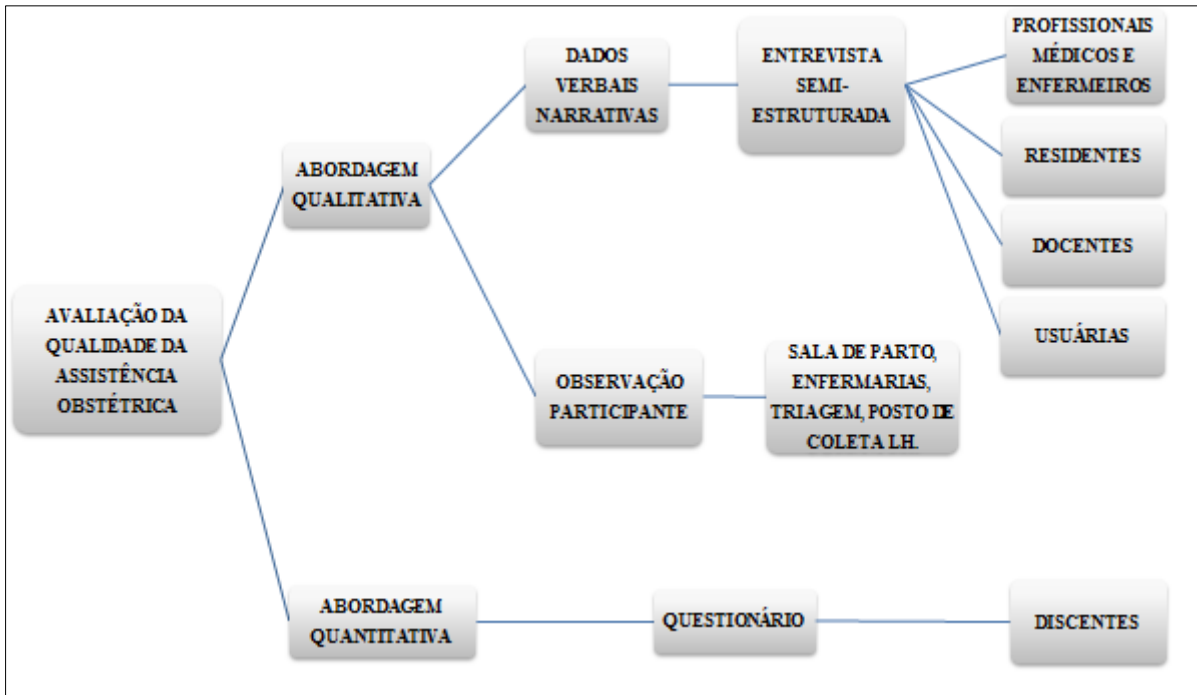
Para Tanaka e Melo (2004), nos processos avaliativos há uma tendência nos últimos anos em mesclar abordagens qualitativas e quantitativas, haja vista a complexidade e heterogeneidade dos serviços de saúde. Partem do princípio da complementaridade o que possibilita a avaliação de diferentes perspectivas ou singularidades do mesmo fenômeno, o que possibilita respostas mais verossímeis à pergunta avaliativa.

O desenvolvimento de abordagens metodológicas capazes de dar uma perspectiva multidimensional é recomendada por Serapioni (2009), abordagens capazes de captar diferentes dimensões, sejam elas estruturais do ambiente sanitário, das representações sociais e expectativas dos envolvidos.

Para Minayo (2008, p. 57), abordagens qualitativas ou quantitativas possibilitam alcance de resultados importantes de pesquisa, cada qual possui seu papel e adequação, sendo assim, torna-se infrutífero o debate no sentido de prioridade ou valor de uma abordagem sobre a outra, mas sim na sua complementariedade. Sobre a combinação de métodos qualitativos e quantitativos, afirma estarmos frente a questões de objetividade e subjetividade, que para a autora não podem ser admitidas de forma simplista e de opção pessoal do pesquisador, mas “com o entendimento de que em fenômenos sociais há possibilidade de analisarem regularidades, frequências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação.” Na perspectiva de superação da dicotomia entre quali x quanti, a proposta de Triangulação de Métodos desponta-se como caminho.

Assim, esta pesquisa ao aplicar múltiplos métodos e técnicas de coleta de dados, corresponde a uma pesquisa de avaliação da qualidade da assistência por Triangulação de Métodos proposto por Minayo, Assis e Souza (2005), dentre as quais citamos: questionário com perguntas fechadas, entrevista semiestruturada e observação participante, conforme exposto abaixo na Figura 1. Sua utilização justifica-se na necessidade de compreender a experiência dos diversos atores envolvidos na produção do cuidado obstétrico, buscando revelar o conteúdo da ‘caixa preta’ presente na assistência de um hospital de ensino, suas contribuições e repercussões para qualidade da assistência de usuárias do SUS.

Figura 1 – Triangulação de métodos: abordagem mista qualitativa e quantitativa



Fonte: a autora, 2018.

4.2 Lócus da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário (HU), hospital escola federal vinculado ao Ministério da Educação, atualmente sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), fundado no ano de 1980 e situado no estado da Paraíba. A instituição define como missão

Prestar assistência integral, ética e humanizada a comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

O HU oferece estrutura de saúde de referência terciária e quaternária no estado da Paraíba em diversas áreas, aí incluso o atendimento em Obstetrícia e Neonatologia. Presta atendimento para diversos municípios do estado, observando-se as determinações do Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada.

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o HU pesquisado possui 24 leitos obstétricos de internação para tratamento clínico, partos e alojamento conjunto. Apresenta aumento progressivo do número de partos realizados nos últimos quatro anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de AIH aprovadas por ano de atendimento segundo procedimento no HU, 2018.

| Procedimento | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Parto normal | 384 | 451 | 523 | 497 |
| Parto normal em gestação de alto risco | 61 | 88 | 47 | 73 |
| Parto cesariano | 213 | 267 | 325 | 309 |
| Parto cesariano em gestação de alto risco | 208 | 175 | 185 | 255 |
| Parto cesariano c/ laqueadura tubaria | 56 | 67 | 48 | 72 |
| Total | 922 | 1048 | 1128 | 1206 |

Fonte: a autora, a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares/SUS (SIH/SUS).

Atualmente a clínica obstétrica é habilitada para oferecer atendimento aos partos de risco habitual e alto risco, em uma estrutura de hospital geral composta de: serviço de apoio laboratorial e de imagem, UTI Geral e Neonatal, Unidade Intermediária Neonatal, Alojamento Conjunto e Canguru (em fase de implantação). O HU é unidade integrante da rede de Hospitais Amigos da Criança, iniciativa desenvolvida em 1990 pela OMS e UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

A escolha do HU como campo de realização desta pesquisa relaciona-se com sua importância e inserção na rede de serviços de atenção à saúde em obstetrícia e neonatologia no estado da Paraíba. Agrega-se também, o fato da instituição desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência, reunindo assim características que corroboram para sua escolha como lócus desta pesquisa que visa conhecer a qualidade do cuidado ofertado às usuárias.

4.3 Participantes e período da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no HU pesquisado no setor de obstetrícia, no período de fevereiro a junho de 2016, correspondendo ao primeiro semestre letivo do ano 2016. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão, além da aceitação e livre escolha dos sujeitos em participar da pesquisa:

- a) usuárias que pariram no HU, independente do tipo de parto, exceto as adolescentes, no período da realização da pesquisa de campo;
- b) profissionais médicos e enfermeira lotados no setor de obstetrícia do HU, exceto ocupantes de cargos de gestão, que vivenciam em sua trajetória profissional o desempenho de duplo papel (profissional assistencial e preceptor);
- c) docentes dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem da Universidade

Federal, exceto ocupantes de cargos de gestão, que acompanham alunos no campo de estágio/internato no setor de obstetrícia HU;

- d) residentes de Medicina - Ginecologia/Obstetrícia em rodízio no HU no período da realização da pesquisa;
- e) alunos de graduação em Medicina e Enfermagem que estejam cursando o internato no setor de obstetrícia do HU ou que tenham concluído o rodízio no referido setor, durante período de realização da coleta de dados.

4.4 Instrumentos e procedimentos de produção de dados

4.4.1 Abordagem quantitativa

Foi aplicado questionário com questões fechadas junto aos alunos de graduação em Enfermagem e Medicina. O instrumento elaborado para pesquisa junto aos alunos foi pautado em compreender o(a): percepção do discente quanto a qualidade da assistência prestada pelo serviço às usuárias; condições de estrutura e ambiência do serviço para realização do cuidado e aprendizagem; desenvolvimento de habilidades e aprendizagem no campo de estágio; relação dos discentes com a equipe multiprofissional, docentes e usuárias. A partir destas foi construído o questionário composto por 47 questões fechadas, distribuídas em dois blocos: o primeiro referente à caracterização dos participantes e o segundo por questões relativas às condições para o ensino e assistência no HU (Apêndice B).

No período definido para coleta de dados, de acordo com informações fornecidas pela Secretaria Acadêmica dos respectivos cursos, o universo de alunos de graduação que cursavam o internato no HU foi de 229 discentes, sendo 189 graduandos em medicina e 40 em enfermagem. Deste modo, optou-se por ser realizado um censo. Cumpriram os critérios de inclusão para participação no estudo descritos no item 4.3, um total de 155 discentes, constituído por 116 alunos graduandos em medicina e 39 de enfermagem. Apenas um discente não participou da pesquisa, por exercer o direito de recusa à participação.

4.4.2 Abordagem qualitativa

Segundo Minayo (2008, p. 65) a entrevista semiestruturada é uma “forma privilegiada de interação social, e que está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade”. A opção pela forma semiestruturada sustenta-se no fato de permitir que questões

não presentes no roteiro possam ser acrescentadas de acordo com o andamento da entrevista.

Foram utilizados três roteiros de entrevistas semiestruturadas distintos com os seguintes grupos de sujeitos da pesquisa: usuárias do serviço, profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e residentes médicos em Ginecologia/Obstetrícia) e docentes que atuam no HU (Apêndice C).

O roteiro das entrevistas buscou contemplar aspectos ligados as condições para realização do ensino e assistência, a dinâmica relacional entre os atores envolvidos no cuidado (docentes, discentes, profissionais e usuárias), os interesses convergentes e divergentes, dificuldades e potencialidades existentes no interior do serviço, além de entender como o ensino interfere na prática e qualidade assistencial. Trata-se de um esforço em reunir informações acerca da teia de fatores que envolvem a assistência em um hospital de ensino.

Acrescenta-se que nossa escolha pela entrevista semiestruturada junto às usuárias do serviço de saúde, apoia-se na possibilidade de compreender a trajetória e experiência de mulheres que vivenciaram a parturição em um Hospital de ensino, pretendendo-se compor uma visão sistêmica do serviço de saúde, na realidade social em que se insere e das relações que se estabelecem na produção do cuidado obstétrico a elas prestado.

Seguindo o percurso metodológico sugerido por Lakatos e Marconi (2011), foram colhidas múltiplas entrevistas e utilizou-se o critério da saturação para determinar a interrupção das mesmas a depender do alcance dos objetivos de pesquisa. A escolha dos informantes foi baseada no aspecto que estes representem bem o universo sociocultural pesquisado e na disponibilidade de participação (Minayo, 2008).

A escolha dos participantes docentes e profissionais ocorreu de forma intencional, ou seja, foram identificados informantes chaves. Aqueles que exercem atividade de ensino no setor, que reuniam características suficientes para contribuição ao objeto de pesquisa e com interesse em participar do estudo.

Para escolha dos profissionais foram levadas em consideração as seguintes características, de forma a promover diversidade dos participantes: experiência profissional, qualificação formal, tempo de serviço no HU, liderança e participação na equipe e diferentes vínculos (Regime Jurídico Único – RJU e EBSEH). Durante a realização da pesquisa, a equipe encontrava-se constituída por 21 enfermeiros e 32 médicos. Na escolha dos residentes participantes elencou-se critérios como: a fase em que se encontravam na formação (R1, R2 ou R3), existência de liderança no grupo e indicações por parte dos docentes e profissionais para escolha dos informantes deste grupo. O quantitativo total de residentes em Ginecologia e Obstetrícia no período era de 18 indivíduos.

O grupo de docentes atuantes no setor de obstetrícia diretamente com os alunos era composto por um docente da graduação em enfermagem e três ligados à medicina. Pretendeu-se entrevistar todos aqueles que se disponibilizassem e aceitassem participar da pesquisa e objetivou-se contemplar docentes de ambas as graduações, ou seja, pelo menos dois.

As entrevistas junto aos profissionais de saúde e docência frequentemente foram pré-agendadas. Enquanto as entrevistas com usuárias não houve agendamento, foram realizadas em local privativo nas dependências da maternidade do HU e durante o período da internação. Em princípio planejou-se entrevistar cerca de 5 profissionais de cada categoria, aproximadamente 15 entrevistas.

O número de entrevistados não foi fixo, poderia ser inferior ou superior, haja vista a utilização do critério da saturação para interrupção das entrevistas. Foi realizado um total de 25 entrevistas semiestruturadas, dentre estes: 10 usuárias puérperas, 6 enfermeiros, 5 médicos obstetras, 3 residentes médicos em Ginecologia/Obstetrícia e 01 docente do curso de graduação em Enfermagem. A distribuição dos participantes encontra-se abaixo descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos grupos entrevistados

| Grupos de participantes | Nº de entrevistas |
|--|--------------------------|
| Usuárias: 1206 partos/2017 (SIH/DATASUS) | 10 |
| Docentes: 04 (03 graduação em medicina e 01 graduação em enfermagem) | 01 |
| Médicos (as) Obstetras: 32 | 05 |
| Enfermeiros (as): | 06 |
| Residentes: 18 (07 R1 + 07 R2 + 04 R3) | 03 |
| Total de entrevistados | 25 |

Fonte: a autora, 2018.

Além das entrevistas, realizou-se observação participante nas dependências do setor de obstetrícia (setor de triagem, enfermarias de alojamento conjunto e de gestantes, sala de parto, posto de coleta de leite humano e posto de enfermagem), buscando compreender a interação dos diversos atores sociais envolvidos no cuidado às usuárias neste serviço, além das condições oferecidas pelo serviço para realização do cuidado. Assim, a observação e o registro sistemático da prática cotidiana em diário de campo, permitiram a elaboração de um diagnóstico mais preciso da realidade vivenciada.

De acordo com Yin (2005), a observação participante é uma oportunidade do pesquisador não só observar, mas também sair de uma postura passiva e participar dos

eventos alvo do estudo. Técnica amplamente utilizada, seu valor estaria na possibilidade de fazer um “retrato acurado” do fenômeno.

Para Minayo (2008, p.286), a observação participante é essencial para realização de uma pesquisa qualitativa, sendo tomada por alguns como estratégia de pesquisa única ou parte de um conjunto, no sentido de compreender a realidade. Assim, a observação participante auxilia “vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo”.

Foram realizadas 16 visitas observacionais ao setor, no período diurno em todos os dias da semana, o tempo de duração variou entre 3 a 6 horas, a depender da realização ou não de entrevistas na mesma visita ao setor. As observações foram registradas em diário de campo. Nele foram feitos dois tipos de registros: as notas descritivas, com comportamentos, atitudes, frases e expressões corporais observados e as notas analíticas, contendo as reflexões feitas pelo pesquisador (MINAYO, 2008).

4.5 Definição das dimensões da avaliação

O processo de avaliação exige do pesquisador/avaliador a elaboração de estratégias criativas que abarquem a seleção e definição das abordagens, dos níveis e atributos, critérios, indicadores e padrões (SILVA, 2005). Para definição das dimensões que se fazem necessárias para a compreensão das questões de pesquisa, utilizou-se como base referencial: o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PROADESS; a RC, especificamente no que se refere aos componentes de atenção ao parto e nascimento; as recomendações de utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

A matriz conceitual proposta pelo PROADESS, as ações propostas na RC, assim como as boas práticas de cuidado guardam semelhança e inter-relacionam-se. Em decorrência disto, neste projeto desenvolveu uma matriz para elaboração dos instrumentos de avaliação da qualidade da assistência obstétrica, considerou-se a complementaridade e a riqueza que destes advém.

Dentre as sub-dimensões descritas na matriz PROADESS, foram selecionadas para o desenvolvimento da atual pesquisa: respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade e adequação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012). Estas são conceitualmente descritas como:

- a) **Respeito aos direitos das pessoas** “é concebido como a capacidade do sistema de saúde em assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam centrados nas pessoas”;

- b) **Aceitabilidade** “diz respeito ao grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população”;
- c) **Adequação** “como o grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados nos conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados existentes”.

Admitindo-se o papel desempenhado pelos hospitais universitários em oferecer ensino e assistência de excelência, a adequação da assistência reflete tanto na formação profissional quanto na qualidade do cuidado ofertado às usuárias. Avaliaremos a adequação a partir da percepção de profissionais, docentes e discentes, da implementação e adesão no serviço de saúde das boas práticas recomendadas pelo MS, a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996). As boas práticas clínicas são definidas como

padrão de conduta profissional ética e científica em tratamentos e estudos clínicos, advindo de experiências bem-sucedidas, que garante a confiabilidade e a exatidão dos dados registrados, protege os direitos dos pacientes, a integridade dos atores envolvidos e a confidencialidade das informações (BRASIL, 2013a, p.21)

Atualmente as boas práticas de atenção ao parto e nascimento são recomendadas pelo MS e consideradas de baixo custo, com bons resultados, além de serem relativamente fáceis de serem incorporadas nos serviços de saúde. Estas práticas são classificadas em quatro categorias: **Categoria A** - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; **Categoria B** - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; **Categoria C** - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e **Categoria D** - práticas frequentemente usadas de modo inadequado (BRASIL, 2011b).

Este estudo considerou as quatro categorias, dando especial atenção àquelas recomendações constantes nas Categorias A e B, descritas nos Quadros 2 e 3. Esclarecemos que não se trata de uma mensuração/quantificação das práticas implantadas, mas sim da compreensão das dificuldades e estratégias que os atores sociais envolvidos no cuidado, enfrentam para operacionalizar e modificar o modus operante da assistência obstétrica hospitalar considerada intervencionista, que rotineiramente desconsidera o protagonismo da mulher na parturição e do parto como evento natural na vida destas mulheres e de suas famílias.

Quadro 2 – Práticas de atenção ao parto - Categoria A**PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS**

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma;
- monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- condições estéreis ao cortar o cordão;
- prevenção da hipotermia do bebê;
- contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;
- exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Fonte: a autora, a partir do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Quadro 3 – Práticas de atenção ao parto - Categoria B**PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS**

- Uso rotineiro de enema e tricotomia;
- infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- cateterização venosa profilática de rotina;
- uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- exame retal;
- uso de pelvimetria por raios-x;
- amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto ;
- administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de valsalva), no segundo estágio do trabalho de parto;
- massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- lavagem uterina rotineira após o parto e revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;

Fonte: a autora, a partir do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

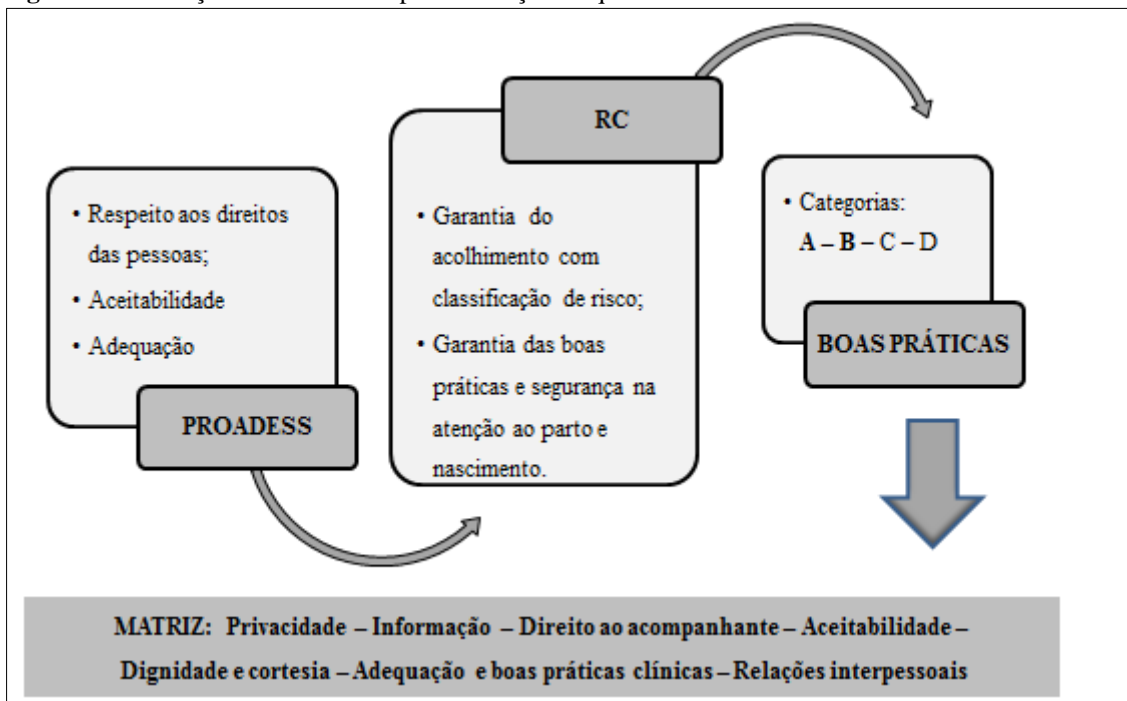
Considerando também a importância que hoje representa a RC para garantia de acesso, acolhimento e resolutividade na atenção materno infantil, esta define cinco diretrizes (BRASIL, 2011a):

1. Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL.
2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
3. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento.
4. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
5. Garantia da ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo.

Dentre estas, avaliou-se a o acolhimento presente na primeira diretriz, e a terceira no que se refere à garantia de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Entendemos que estas duas diretrizes contemplam aspectos que visamos elucidar nesta pesquisa.

O percurso de definição das dimensões para avaliação da qualidade da assistência encontra-se descrito abaixo na Figura 2.

Figura 2 – Definição das dimensões para avaliação da qualidade da assistência



Fonte: a autora.

Embasado nos critérios anteriormente elencados foi construída a Matriz de dimensões, seus descritores e as questões de pesquisa. A matriz também subsidiou a escolha do conteúdo dos instrumentos de coleta de dados (questionário e roteiros de entrevistas). Utilizou-se em seu desenvolvimento a Matriz elaborada por Mendes (2010), conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa

(continua)

| Dimensões da qualidade | Descritores | Local a ser avaliado | Instrumento | Questão norteadora para elaboração dos instrumentos | Dimensões da avaliação |
|--------------------------|--|---|--|---|---------------------------|
| a) Privacidade | Avaliar se durante o atendimento realizado zelou-se pela privacidade das usuárias. | Clínica Obstétrica Bloco Cirúrgico | Entrevista: profissionais | O serviço possui estrutura suficiente para realizar o atendimento e o ensino com privacidade? | Estrutura |
| | | | Questionário alunos | | |
| | | | Observação Participante | | |
| | | Entrevista usuárias | Você sentiu em algum momento da internação que foi exposta à situações de constrangimento ou exposição física? | Resultado | |
| | | Entrevista usuárias | Considera que o ensino de algum modo afetou sua privacidade? | Resultado | |
| | | Clínica Obstétrica | Observação Participante | Observar a existência de locais e momentos adequados para discussões de casos e outros aprendizados que resguardem os direitos do paciente e princípios da ética. | Estrutura Processo |
| b) Aceitabilidade | Avaliar o grau de aceitação das usuárias quanto aos cuidados oferecidos no HU. | Clínica Obstétrica | Entrevista Usuárias | A assistência recebida no hospital respondeu as suas expectativas? | Resultado |
| | | | | A partir da experiência que você teve neste hospital, procuraria novamente o serviço ou indicaria para outras pessoas? | Resultado |
| | | | | A internação em hospital de ensino, foi uma escolha sua? Como aconteceu? | Resultado |
| | | | | Você foi consultada / concordou em receber assistência na presença de estudantes? E como você avalia a participação destes em seus cuidados? | Resultado |
| | | | | O fato de haver ensino, interferiu na sua (in)satisfação com o serviço? | Resultado |

Quadro 4 – Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa

(continuação)

| Dimensões da qualidade | Descritores | Local a ser avaliado | Instrumento | Questão norteadora para elaboração dos instrumentos | Dimensões da avaliação |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|---|------------------------|
| c) Informação | Avaliar se o direito a informação foi garantido durante a internação. | Clínica Obstétrica | Entrevista usuárias | Você considera que durante a hospitalização recebeu informações suficientemente claras sobre seu estado de saúde e de seu filho, bem como das condutas clínicas? | Resultado |
| | Avaliar se houve diálogo aberto que possibilitasse participação da usuária no esclarecimento de dúvidas e tomada das decisões de forma compartilhada, desenvolvendo a autonomia. | Clínica Obstétrica | Entrevista usuárias | Foi realizada escuta de suas necessidades e estas foram consideradas para tomada das decisões conjuntamente com a equipe de saúde? | Resultado |
| | | | | Você encontrou abertura para se expressar, tirar dúvidas, realizar questionamentos, queixas, ou negar-se de fazer algo? | Resultado |
| | Avaliar se o serviço de saúde possui informativos que auxiliem na divulgação informações. | Clínica Obstétrica | Consulta material existente | O serviço de saúde dispõe de informativos que permitam melhor orientação das usuárias? (cartilhas, folhetos, sinalizações, orientação visitas e acompanhantes, etc) | Estrutura |
| | Observar a existência de sinalização que oriente as usuárias. | Clínica Obstétrica | Observação | Observar se o serviço é suficientemente sinalizado auxiliando a locomoção e busca de informações. | Estrutura |
| d) Direito ao acompanhante | Avaliar se foi respeitado o direito ao acompanhante, de livre escolha da parturiente, durante toda internação. | Clínica Obstétrica | Entrevista Usuárias | Foi permitida a presença do acompanhante durante sua internação, de sua escolha, inclusive durante o parto e independente do local? | Resultado |
| | | | | Você encontrou dificuldade para ter seu direito respeitado? | Resultado |
| | Avaliar se a estrutura do serviço dispõe de meios operacionais para recebimento do acompanhante. | Clínica Obstétrica | Entrevista Profissionais | Quais as dificuldades hoje enfrentadas para garantir o direito do acompanhante no serviço? | Processo |
| | | | | De que modo o acompanhante interfere em seu exercício profissional? | Processo |
| | | | | O serviço de saúde oferece condições adequadas para recebimento do acompanhante? (alimentação, acomodação, higiene, etc) | Estrutura |
| | | | Questionário aluno | De que modo o acompanhante interfere em seu aprendizado? | Processo |

Quadro 4 – Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa

(continuação)

| Dimensões da qualidade | Descritores | Local a ser avaliado | Instrumento | Questão norteadora para elaboração dos instrumentos | Dimensões da avaliação |
|--|--|-----------------------|-------------------------|---|------------------------|
| e) Dignidade e Cortesia | Avaliar se o cuidado realizado pelos profissionais é gentil e cortês. | Clínica Obstétrica | Entrevista Usuárias | Os profissionais de enfermagem médicos lhe trataram de forma gentil e respeitosas quando você os procurou por alguma necessidade? | Resultado |
| | | | | Durante o exame físico e procedimentos, estes foram realizados de forma gentil, com delicadeza e com respeito? | Processo Resultado |
| | | | | Você considera que recebeu apoio adequado em momentos de medo, angústia, dor, solidão etc? | Processo Resultado |
| | | | | Como se sentiu, ao ser cuidada com a participação de pessoas em aprendizagem? | Resultado |
| | Avaliar o desenvolvimento de habilidades relacionais e de respeito às usuárias | Clínica Obstétrica | Questionário Alunos | Seus professores e preceptores orientam de forma sistemática sobre ética, cortesia, respeito ao paciente? | Processo |
| | | | | Durante o aprendizado ocorrem situações onde percebe que a usuária foi tratada inadequadamente – verbal ou fisicamente? | Processo |
| | Avaliar se o discente desenvolve suas atividades de forma gentil e cortês. | Clínica Obstétrica | Observação Participante | Os alunos se identificam de forma adequada e tratam as usuárias de forma gentil e respeitosa? | Processo Resultado |
| | Avaliar a ocorrência de situações que configuram os maus tratos ou violência. | Clínica Obstétrica | Entrevista Usuárias | Desde o momento que chegou ao serviço, considera que foi submetida a alguma situação de maus tratos verbais? (gritos, ironias, humilhação, ameaça, xingamento etc.) | Resultado |
| Durante a internação, considera que houve alguma situação de maus tratos físicos? (examinada forma grosseira ou dolorosa, foi segurada, obrigada a permanecer de modo que não queria) | | | | Resultado | |

Quadro 4 – Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa

(continuação)

| Dimensões da qualidade | Descritores | Local a ser avaliado | Instrumento | Questão norteadora para elaboração dos instrumentos | Dimensões avaliação |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|--|
| f) Adequação e Boas Práticas Clínicas | Analisar a participação e envolvimento da academia com o serviço de saúde, visando a melhoria da qualidade assistencial. | Graduações em Medicina e Enfermagem | Entrevista Docentes | Você acha que o ensino tem auxiliado na transformação da prática assistencial no HU? | Processo |
| | | | | Questionário alunos | Como tem sido trabalhada a adesão as boas práticas junto aos alunos e profissionais do HU? |
| | | | Que dificuldades docentes e discentes encontram para articular a literatura e a realidade do serviço? | | Processo |
| | | | Há canais estabelecidos para troca de experiências e conhecimentos de forma contínua? | | Processo |
| | | | Quais as dificuldade de consolidar boas práticas de atenção ao parto no serviço de saúde? | | Processo |
| | | | O aluno ao concluir a graduação se sente capaz de desenvolver profissionalmente e atender atuais necessidades de saúde em obstetrícia? | Processo Resultado | |
| | Avaliar se a estrutura hospitalar existente permite a utilização das boas práticas clínicas. | Sala de Parto Enfermarias | Entrevista profissionais Docentes Questionário alunos Observação Participante | O hospital oferece estrutura necessária para realização destas ações? | Estrutura |
| | | | | Observar se o serviço de saúde oferece as condições necessárias para o desenvolvimento das boas práticas (ambiente, material, mobiliário etc) | |
| | Avaliar a capacidade e as dificuldades encontradas no serviço para instituir a assistência em conformidade com conhecimentos técnico-científicosbem fundamentados existentes. | | Entrevista Profissionais | Quais as dificuldades você encontra para realizar as boas práticas? | Processo |
| | | | | Você recebeu ou sente que precisa formação adicional para realizá-las? | Processo |
| | | | | Percebe se há algum tipo de resistência ou discordância de alguns membros da equipe quanto à adesão de algumas destas práticas? Por quê? | Processo |
| | | | | Qual sua percepção quanto atuação da equipe multiprofissional no cuidado humanizado? | Processo |
| | | | | A forma como a assistência está organizada, propicia o desenvolvimento do cuidado considerado adequado? | Processo |

Quadro 4 – Matriz de dimensões avaliativas e instrumentos de pesquisa

(conclusão)

| Dimensões da qualidade | Descritores | Local a ser avaliado | Instrumento | Questão norteadora para elaboração dos instrumentos | Dimensões da avaliação | |
|----------------------------------|---|-----------------------|---------------------------------------|---|--|-----------|
| g) Relações Interpessoais | Avaliar inserção do ensino e dos alunos no serviço de saúde e de que modo este interfere na assistência prestada pelo profissional. | Clínica Obstétrica | Entrevista com Profissionais Docentes | Como ocorre o acolhimento dos alunos no serviço? | Processo | |
| | | | | Questionário Alunos | De que modo são distribuídas as atividades e é feito o acompanhamento do aluno? | Processo |
| | | | | | Quais as contribuições você percebe que o ensino agrega ao serviço? | Resultado |
| | | | | | Qual sua opinião sobre a participação da universidade (departamentos de ensino) na melhoria da qualidade do serviço? | Resultado |
| | | | | | Os alunos chegam ao campo de estágio com conhecimento suficiente para desempenho do estágio? | Resultado |
| | | | Entrevista com Profissionais | De que modo é vivenciado o acompanhamento do aluno na sua prática profissional? (outra atividade além da assistência – ensinar) | Processo | |
| | | | | Trabalhar em um HU possibilitou melhorar sua qualificação e atualização? | Resultado | |
| | | | | Sente necessidade de apoio técnico ou capacitação para acompanhamento dos alunos? | Resultado | |
| | | | | Sente-se satisfeito em trabalhar em um HU? | Resultado | |
| | | | | Há possibilidade de discussões e troca de experiências junto aos docentes, visando melhor atender os usuários? | Processo | |

Fonte: a autora a partir de Mendes (2010).

4.6 Análise e interpretação dos dados

Na análise dos achados de pesquisa desenvolveu-se de acordo com a proposta de Minayo, Assis e Souza (2005) de avaliação por triangulação de métodos. Onde perspectivas qualitativas e quantitativas são consideradas a partir de diferentes olhares do mesmo objeto, mas nem por isso dicotômica, mas sim complementares. Cujos dados produzidos em campo foram analisados obedecendo às diversas etapas exigidas por cada abordagem em seguida os resultados foram confrontados e analisados simultaneamente.

Os dados quantitativos produzidos pelos questionários contendo questões fechadas, aplicados juntos aos 155 discentes de graduação em Medicina e Enfermagem, constituíram um banco de dados que posteriormente foi analisado no programa Microsoft Excel Windows versão 2010. Optou-se pelo uso da estatística descritiva, especificamente a análise de frequência absoluta e relativa.

Para análise dos dados qualitativos obtidos utilizou-se a proposta Condensação de Significados (KVALE, 1996).

Quadro 5 – Elaboração da Condensação de Significados

| Questão de Pesquisa | |
|--|--|
| Unidades Naturais de Análise | Temas Centrais |
| 1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa | 1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível. |
| 2. Idem | 2. Idem |
| 3. Idem | 3. Idem |
| Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos | São categorias conceituais |
| Descrição Essencial da questão de pesquisa | |
| Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado. | |

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

Inicialmente realizou-se a leitura criteriosa e detalhada do material transcrito em busca da compreensão do discurso dos sujeitos e dos núcleos de sentidos relativos ao objetivo do estudo. Em seguida foi elaborada a Matriz de Levantamento de Dados, contendo: a) a questão de pesquisa – elaborada pelo pesquisador; b) identificação das unidades naturais de análise –

compostas pelas respostas dos sujeitos, representadas pelos trechos de falas dos entrevistados; c) definição dos temas centrais – com apresentação do tema de forma simples e sintética predominante na unidade natural e as categorias conceituais descritas pelo pesquisador; d) descrição essencial do conteúdo obtido – reunião de todos os temas abordados nas entrevistas e interpretados buscando elementos de resposta relativos aos objetivos propostos pelo estudo (KVALE, 1996; MENDES, 2010).

4.7 Procedimentos éticos

Este estudo respeitou os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Durante os procedimentos zelou-se em estabelecer uma relação de confiança e respeito com as usuárias do serviço, profissionais, docentes e discentes participantes do estudo.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e encaminhado aos Comitês de Ética e Pesquisa do HU e do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (IAM). A pesquisa obteve aprovação pelos CEP/IAM parecer nº **1.349.257** e CEP/HU parecer nº **1.393.786** (Anexo A). Após a aprovação foi realizado contato com Clínica Obstétrica do referido hospital para dar início à pesquisa. A colaboração dos participantes foi mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). Momento em que foram esclarecidas todas as informações necessárias de forma simples e clara, para que os mesmos decidissem sobre sua participação ou não. Os sujeitos foram informados da possibilidade de deixar de participar em qualquer momento do estudo, sem nenhum tipo de risco ou prejuízo decorrentes desta decisão.

Em todo material não há qualquer campo de identificação das pessoas envolvidas. Foi solicitada autorização dos participantes da pesquisa para gravação de áudio durante as entrevistas, com o direito de recusa caso o participante se sentisse desconfortável. Na atual e em futuras publicações não foram, nem serão utilizados os nomes dos participantes, com o objetivo de resguardar em sigilo a identidade dos participantes.

Todas as informações constantes no material coletado foram utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa de doutorado, os seus resultados de acesso público se darão através da tese e artigos científicos relacionados a esta pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos grupos participantes

Os participantes da pesquisa subdividem-se em dois grandes grupos, conforme a metodologia empregada qualitativa ou quantitativa. Ou seja, um grupo composto daqueles que responderam aos questionários contendo questões fechadas e outro grupo por entrevistados.

5.1.1 Caracterização dos entrevistados

As dez puérperas entrevistadas neste estudo tinham idades variando entre 18 e 41 anos, com predominância de mulheres na faixa etária inferior a 30 anos (07 participantes). Não foram entrevistadas puérperas adolescentes. A maioria residente em João Pessoa/PB, sendo duas delas advindas dos municípios de Juru e Lagoa de Dentro (400 km e 110 km de distância de João Pessoa respectivamente), no interior do estado da Paraíba.

Todas entrevistadas referiram pelo menos seis anos de escolaridade, duas com nível superior completo, uma graduada em Serviço Social e outra em Pedagogia. Duas concluíram o ensino médio e uma incompleto cursando. As cinco demais possuíam Ensino Fundamental incompleto. Quanto à ocupação, três se declararam estudantes, quatro do lar, três trabalhavam na informalidade em funções variadas. Apenas uma possuía vínculo formal com carteira de trabalho assinada como vendedora.

Entre as entrevistadas duas não alcançaram pelo menos seis consultas de acompanhamento pré-natal. A que realizou o menor número de consultas (três), declarou que não obteve acesso ao pré-natal adequado na ESF de seu bairro por falta de profissionais. Outra usuária que realizou apenas quatro consultas, afirmou ter descoberto tardiamente a gravidez e evoluiu para o parto prematuro em torno de 28 semanas de gestação. As demais entrevistadas realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

O maior número observado foram 16 consultas, cuja gestante realizou pré-natal de alto risco por malformação fetal. Seis referiram ter realizado pré-natal de alto risco, os motivos identificados foram: incompetência istmo-cervical, placenta prévia, pré-eclâmpsia, malformação fetal, abortamentos de repetição e gemelaridade. Apenas uma das entrevistadas realizou o pré-natal no HU, encaminhada ao serviço para realização da cerclagem no final do primeiro trimestre de gestação.

Foram entrevistadas cinco primigestas. Dentre as multíparas a variação foi de duas a

quatro gestações anteriores. Quanto ao tipo de parto atual, igualmente foram cinco puérperas que vivenciaram o parto normal e cinco cesarianas.

Na categoria de profissionais de saúde foi realizado um total de quatorze entrevistas, dentre estas: seis enfermeiros, cinco médicos obstetras e três residentes em Ginecologia/Obstetrícia. Houve predominância do sexo feminino somando onze entrevistadas e entre residentes não houve participante do sexo masculino.

As idades variaram de 27 a 56 anos, observou-se que os três residentes entrevistados tinham idade inferior a 30 anos. Já para o grupo de médicos e enfermeiros a faixa etária que concentrou maior parte dos participantes foi entre 35 e 45 anos de idade.

Foram entrevistados profissionais com pelo menos cinco anos de experiência na área de obstetrícia, sendo considerado tempo de serviço no HU ou demais instituições de saúde, exceto residentes. Constatou-se que a maioria de enfermeiros e médicos possuía pelo menos dois vínculos empregatícios, apenas três enfermeiras trabalhavam exclusivamente no HU. Quanto ao vínculo institucional, todos foram contratados através de concurso público. Houve predominância de funcionários estatutários sob o Regime Jurídico Único (RJU), totalizando nove funcionários.

Foram entrevistados três profissionais concursados, com vínculo CLT contratados através da EBSEH e apenas um profissional possuía duplo vínculo com o HU. O entrevistado com menor tempo de serviço no HU foi de 01 ano e 03 meses, enquanto o maior tempo de carreira foi 32 anos, ambos pertencentes à categoria de enfermagem.

Quanto à qualificação, dentre os enfermeiros participantes três possuíam a Especialização em Enfermagem obstétrica, dois realizaram mestrado e um doutor em enfermagem, alguns acumulavam mais de uma titulação. Dos médicos entrevistados, dois relataram estar com mestrado em andamento na área da saúde, os demais afirmaram a realização de cursos diversos de atualização.

Em princípio foi planejado nesta pesquisa entrevistar pelo menos um docente de cada um dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem. Contudo, durante o período da coleta de dados houve contratempos quanto à adesão para participação na pesquisa. Outros fatores intervenientes foram: o critério estabelecido para exclusão de não ocupar cargos de gestão e o pequeno grupo de docentes atuantes diretamente no setor, sendo este um dos critérios de inclusão para participação no estudo.

Assim, foi entrevistada uma docente da graduação em Enfermagem e nenhum do curso de Medicina. A docente participante possui longa trajetória de docência e atuação assistencial na área de Saúde da Mulher e Obstetrícia no âmbito do SUS, com mais de 20 anos de

experiência acadêmica e profissional.

5.1.2 Caracterização dos discentes

Foi aplicado um total de 155 questionários, participaram do estudo 39 discentes do curso de graduação em Enfermagem e 116 do curso de Medicina. Em ambos os cursos mais da metade eram do sexo feminino, principalmente no curso de Enfermagem (87,18%), já em Medicina a representatividade feminina alcançou 53,45% (Tabela 2).

A maioria (95,48%) dos discentes apresentou idade igual ou inferior a 30 anos de idade. A faixa etária que concentrou maior número de participantes (63,87%) foi de 21 a 25 anos, entre os dois cursos a frequência de discentes nesta faixa etária foi superior a 60%.

Quanto à raça/cor, no curso de medicina houve predominância daqueles que se autodeclararam brancos (45,69%) e pardos (44,83%). Entre o grupo de discentes de enfermagem a maioria se autodeclararam pardos (56,41%) e brancos (35,90%). Nas duas graduações houve baixa representatividade daqueles que se autodeclararam negros (6,45%), indígenas (1,29%) ou amarelos (1,29%) (Tabela 2).

O principal meio de transporte utilizado pelos discentes de medicina foi o carro (68,97%), enquanto para enfermagem foi o ônibus (66,67%). A maioria dos discentes de enfermagem (82,5%) e medicina (54,31) reside com familiares. Apenas 3,23% do total de estudantes habitavam no alojamento universitário (Tabela 2).

Em relação ao recebimento de bolsas, 71,61% dos estudantes declarou não receber nenhum tipo. Entre os discentes de enfermagem a bolsa de monitoria foi a mais frequente (15,38%), enquanto os discentes de medicina declararam outros tipos de bolsa (16,38%). Destaca-se a ausência de bolsas PIBIC entre os discentes de enfermagem entrevistados, assim como, em projetos de extensão, enfermagem e medicina respectivamente (Tabela 2).

Sobre o exercício de alguma atividade de trabalho paralelamente ao curso de graduação, a maioria dos discentes entrevistados declarou não trabalhar (82,58%). No curso de enfermagem 25,64% declararam trabalhar, entre os discentes de medicina o exercício de alguma atividade trabalhista foi menor (14,66%). Tanto para os discentes de enfermagem (20,51%) e medicina (9,48%), observou-se que a atividade de trabalho não se relacionava à graduação para a maioria (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos discentes participantes das graduações em Enfermagem e Medicina, 2016.

| Caracterização dos discentes | Graduação | | | | Total | |
|-------------------------------------|-----------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | Medicina | | Enfermagem | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 62 | 53,45 | 34 | 87,18 | 96 | 61,94 |
| Masculino | 54 | 46,55 | 5 | 12,82 | 59 | 38,06 |
| Faixa etária | | | | | | |
| 21 – 25 | 73 | 62,93 | 26 | 66,67 | 99 | 63,87 |
| 26 – 30 | 39 | 33,62 | 10 | 25,64 | 49 | 31,61 |
| 31+ | 4 | 3,45 | 3 | 7,69 | 7 | 4,52 |
| Raça/cor | | | | | | |
| Parda | 52 | 44,83 | 22 | 56,41 | 74 | 47,74 |
| Negra | 9 | 7,76 | 1 | 2,56 | 10 | 6,45 |
| Branca | 53 | 45,69 | 14 | 35,90 | 67 | 43,23 |
| Amarela | 1 | 0,86 | 1 | 2,56 | 2 | 1,29 |
| Indígena | 1 | 0,86 | 1 | 2,56 | 2 | 1,29 |
| Meio de transporte até o HU | | | | | | |
| a pé | 2 | 1,72 | 3 | 7,69 | 5 | 3,23 |
| Ônibus | 27 | 23,28 | 26 | 66,67 | 53 | 34,19 |
| Moto | 4 | 3,45 | 1 | 2,56 | 5 | 3,23 |
| Carro | 80 | 68,97 | 9 | 23,08 | 89 | 57,42 |
| Outros | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Estilo de moradia | | | | | | |
| Com familiares | 63 | 54,31 | 32 | 82,05 | 95 | 61,29 |
| República estudantil | 3 | 2,59 | 1 | 2,56 | 4 | 2,58 |
| Sozinho | 19 | 16,38 | 2 | 5,13 | 21 | 13,55 |
| Residência Universitária | 2 | 1,72 | 3 | 7,69 | 5 | 3,23 |
| Outros | 29 | 25,00 | 1 | 2,56 | 30 | 19,35 |
| Recebe bolsa | | | | | | |
| Não | 83 | 71,55 | 28 | 71,79 | 111 | 71,61 |
| Sim | 33 | 28,45 | 11 | 28,21 | 44 | 28,39 |
| Tipo de bolsa | | | | | | |
| PIBIC | 8 | 6,90 | 0 | 0 | 8 | 5,16 |
| Monitoria | 5 | 4,31 | 6 | 15,38 | 11 | 7,10 |
| Projeto Extensão | 1 | 0,86 | 0 | 0 | 1 | 0,65 |
| Outra | 19 | 16,38 | 5 | 12,82 | 24 | 15,48 |
| Não se aplica | 83 | 71,55 | 28 | 71,79 | 111 | 71,61 |
| Exerce atividade de trabalho | | | | | | |
| Não | 99 | 85,34 | 29 | 74,36 | 128 | 82,58 |
| Sim | 17 | 14,66 | 10 | 25,64 | 27 | 17,42 |
| Relaciona-se a graduação | | | | | | |
| Sim | 5 | 4,31 | 2 | 5,13 | 7 | 4,52 |
| Não | 11 | 9,48 | 8 | 20,51 | 19 | 12,26 |
| Não se aplica | 100 | 86,21 | 29 | 74,36 | 129 | 83,23 |

Fonte: a autora

5.2 Percurso das usuárias: da experiência na rede ao acolhimento no HU

A primeira temática abordada nas entrevistas com as usuárias foi uma tentativa de reconstituição da sua trajetória na rede até o momento da internação na maternidade do HU. Constatou-se que algumas usuárias chegaram até o serviço através de encaminhamento adequado da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do pré-natal, onde foram orientadas

sobre qual maternidade de referência buscar atendimento em caso de urgência obstétrica e/ou internação para o parto, neste caso o HU. Nenhuma das entrevistadas relatou ter feito visita prévia ao serviço, com o objetivo de conhecer a maternidade em conformidade com o preconizado pela RC.

O acompanhamento que eu tive foi do PSF [Programa de Saúde da Família] perto da minha casa e foi tudo bem. Quando completei seis meses, tive sangramento do colo do útero, vim para o HU e fui tratada muito bem! Um acompanhamento muito bom! No PSF me falaram que se eu passasse mal era para vir no HU (usuária 07).

Foi possível identificar algumas das motivações das usuárias em buscar assistência na maternidade do HU, ligadas ao conhecimento prévio da boa qualidade da assistência prestada pela unidade através da experiência pessoal em partos anteriores ou indicação de familiares e amigos. Nestes casos, foi observado que as usuárias procuraram o serviço através da correta vinculação entre a rede de pré-natal e a maternidade de referência, bem como espontaneamente e de modo desorganizado.

Eu já conhecia aqui. Mas também já tinha ido para outras. Mas escolhi vir no HU pelo atendimento bom. Eu já tinha ouvido falar porque meus dois sobrinhos também nasceram aqui. E o PSF também falou que meu hospital era aqui. Explicaram que a referência para mim era o HU (usuária 08).

Uma das usuárias entrevistadas relatou ter feito o pré-natal na rede privada, sem cobertura do plano de saúde contratado para realização do parto, devido ao período de carência, buscou assistência no HU por indicação do médico que a acompanhou durante a assistência no pré-natal.

[...] Daí o plano particular não cobria o parto. Então eu resolvi assim: fazer o pré-natal com plano e o parto já sabia que teria que ir para algum hospital do SUS. Foi quando meu médico me aconselhou que eu viesse aqui pro HU. Esse médico trabalha aqui e já conhecia. Ele me falou que essa era a única maternidade adequada (usuária 10).

A decisão de contratar um plano de saúde foi tomada por insegurança e incerteza da usuária se conseguiria acesso ao acompanhamento no pré-natal de forma adequada e em momento oportuno. Influenciada também por experiências negativas anteriores na atenção básica, onde houve dificuldades de acesso aos exames, na demora em realizá-los ou da entrega de resultados. Fatores que contribuíram para insatisfação de modo geral com assistência prestada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua localidade, qualificando-a de baixa qualidade. Na gravidez optou pagar pela assistência pré-natal, pois não desejava passar por esse "risco".

Fiz o pré-natal e os exames na rede particular, mas o médico era daqui. [...] Eu sempre usei o SUS, o posto lá perto de casa. Já sei como é, porque todo exame que faço são três meses para dar o resultado. Não acho que lá tenha uma qualidade adequada. Eu não gosto do posto de saúde, o do meu bairro pelo menos. Sempre que precisei das coisas sempre falta ou espera 3 meses para conseguir. Então na gravidez eu não quis arriscar. [...] eu achei que pudesse ser necessário. Não queria ficar esperando, esperando! (usuária 10)

Outra característica que chama atenção é o grande número de atendimentos na urgência por demanda espontânea e sem vinculação ao pré-natal. Segundo profissionais entrevistados, grande parte da clientela chega ao serviço por dificuldades em dar continuidade ao acompanhamento de pré-natal.

Uma coisa que observo muito no final da gestação é recebermos pacientes com alta do pré-natal, que teoricamente uma paciente só receberia alta quando já nasceu, ela já pariu. E aqui chega paciente e diz:

_Eu vim porque já terminou meu pré-natal!

Como assim de alta, se você ainda está grávida?

_Não, mas eu já tive alta do meu pré-natal doutor! Daí eu vim aqui ver.

Não sei de onde vem essa orientação, mas está errado!

[...] Tem acontecido direto. Hoje mesmo, outra paciente veio porque estava com 40semanas e 03dias e disse que não tinha mais pré-natal porque estava de alta, não teria mais consulta nenhuma. Disse que tinha feito tudo e porque queria saber como o bebê estava. Pediu se não poderia fazer um USG. Ou seja, eu fiz uma consulta de pré-natal na urgência.

Então talvez esteja precisando fazer a conexão, uma integração melhor do pré-natal, da unidade básica com o hospital, que auxiliem a chegada dessas pacientes até o serviço de forma mais organizada (med. 05).

Dado alarmante é a desconexão entre os componentes pré-natal e parto, observou-se a falta de vínculo das equipes com as usuárias, o desordenamento do fluxo das mesmas na rede e indícios de baixa qualidade do atendimento no pré-natal ao final da gestação, evidenciada através da chamada “alta do pré-natal”. O final da gestação é um momento previsto de gradualmente aumentar-se a frequência das consultas, conforme a proximidade do parto, entretanto constatou-se a ocorrência do contrário – a suspensão das consultas.

Na concepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a assistência pré-natal pode ser definida como “um conjunto de medidas de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais que visa propiciar à mulher gestante o desenvolvimento saudável da gravidez.” Um bom acompanhamento de pré-natal garante o acompanhamento do desenvolvimento saudável do feto e a redução dos riscos maternos, período fundamental para realização de ações educativas, de prevenção e/ou detecção precoce de patologias maternas e fetais, bem como seu tratamento (PEIXOTO, 2014, p.13).

No âmbito da RC, diversos aspectos devem ser observados para o alcance do pré-natal qualificado. Neste sentido, foram estabelecidos alguns marcadores de qualidade para assistência pré-natal, que são: captação precoce da gestante, com a confirmação da gestação e

início dos cuidados pré-natais antes de 12 semanas; iniciado o pré-natal de risco habitual precocemente, a gestante deverá ter acesso aos exames e resultados em tempo oportuno, o que possibilitará a avaliação do risco gestacional com o encaminhamento ao pré-natal de alto risco caso seja necessário, devendo-se ser mantido o vínculo com a usuária na atenção básica para alcance do cuidado integral à gestante e a família; durante todo o pré-natal a equipe da UBS deve realizar o acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, especialmente nos casos de intercorrências; garantir a vinculação da gestante ao local onde deverá ser realizado o parto, com a eficaz articulação da rede para garantia do vínculo; alimentação do sistema de informação – o Sis prenatal WEB, para tomada de decisão e melhorias no processo de trabalho; garantir o apoio financeiro para deslocamento das gestantes para realização das consultas de pré-natal e até o local de realização do parto (BRASIL, 2012b).

Estudo nacional de base hospitalar realizado entre 2011 e 2012 com 23894 mulheres, evidenciou que houve aumento da cobertura da assistência pré-natal no Brasil. Por outro lado, somente cerca de 1/5 das mulheres recebe os cuidados adequados mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde. A menor proporção de adequação (53,9%) foi observada na detecção da gravidez e início precoce do acompanhamento do pré-natal, 73,2% das gestantes obteve acesso ao número adequado de consultas e 58,7% recebeu orientações sobre a maternidade de referência (DOMINGUES et al., 2015).

Em Vitória/ES, a qualidade da assistência pré-natal foi considerada insatisfatória para todos os níveis avaliados a partir da análise dos indicadores de processo do PHPN e da RC. Onde foram constatadas fragilidades no processo de trabalho, necessidade de supervisão e controle sistemático da qualidade das ações do pré-natal, sensibilização e treinamento dos profissionais (MAIA et al., 2017).

Dada a variedade de situações encontradas e citadas acima, algumas destas problemáticas serão abordadas através de um breve relato do motivo da internação, acompanhadas da vivência de algumas usuárias que retratam de forma clara as fragilidades, lacunas e falhas da assistência em momento prévio à internação.

Caso 01: 23 anos, casada, branca. Paciente Gesta I, pré-natal realizado na cidade de Juru/PB (400 km de distância de João Pessoa), acompanhada pelo pré-natal de alto-risco por malformação fetal (gastrosquise), usuária informou ter realizado mais de dez consultas. Cesariana de urgência, RN passou por tratamento cirúrgico e internação na UTIN e UCIN, aguardando ganho de peso para alta hospitalar.

Assim eu vim para cá porque era de alto risco a minha gravidez, meu bebê precisava de cirurgia, o intestino dele estava todo para fora e na minha cidade não tem assistência. Me encaminharam para Campina Grande e fiz o pré-natal lá na minha cidade. Só que quando chegou a hora de ganhar mesmo meu bebê, aí lá também não tinha assistência. A cirurgia não tinha, sendo que eu fiz o pré-natal todo lá, com tudo direitinho. Aí me encaminharam para [nome maternidade em João Pessoa/PB].

[...] Lá da minha cidade para Campina Grande viemos no carro da prefeitura, deixou a gente e foi embora. Em Campina Grande tivemos que chamar um amigo dele que trabalha de taxista e aí que chegamos em João Pessoa.

[...] chegou [nome da maternidade de João Pessoa] eles me examinaram e tudo só que também não tinha cirurgião pediátrico para meu bebê. Eu não estava em trabalho de parto ainda, mas estava já com dores e contração. Eles me deram um encaminhamento, mas não tinha a vaga. Só disseram que o HU era o único lugar que tinha assistência para mim e pro meu filho. Só deram o papel, sem a vaga.

[...] Depois ao chegar aqui no HU, me examinaram e eu ainda não estava com dilatação, mas a médica falou que meu bebê tinha que fazer cesárea de todo jeito. A Dr.^a [nome] deu bastante assistência para gente, eu agradeço até hoje a ela. Ela não me internou na mesma hora porque não teria vaga para meu bebê na UTINEO e ele precisava da cirurgia.

A Dr.^a disse:

_ Mas venha amanhã cedo, às 7h você chega aqui que internamos você, é provável conseguirmos a vaga.

Eu vim no outro dia e já cheguei aqui em trabalho de parto, estava com dor desde que vim de Campina Grande, passei a noite com dor e quando cheguei no HU de manhã, estava com 3cm de dilatação já. Aí foi passando o tempo, quando foi com quase 6 cm, estava aumentando rápido a dilatação, me internaram de vez e fizeram a cesárea nas carreiras (usuária 02).

A situação descrita pela usuária coloca em cheque toda a organização da rede e a qualidade da assistência ofertada, evidencia o quanto a assistência prestada distanciou-se do preconizado e descrito pela política de humanização do parto e nascimento, bem como pela RC. A usuária foi exposta a um grau elevado de insegurança, medo, angústia, além dos riscos clínicos materno e neonatal, caso não recebesse atendimento a tempo. Situação de abandono da parturiente a sua própria sorte. Usuária relatou ter vivenciado a parturição como um evento traumático, não deseja engravidar novamente, descreveu o próprio parto como um “calvário” que a abalou psicologicamente e encontrava-se em acompanhamento do serviço de psicologia.

Constatou-se também no discurso da entrevistada o grande empenho e mobilização da equipe do HU para solucionar o caso, com acolhimento adequado da usuária e atendimento resolutivo. Apesar do tempo prolongado de espera devido à ausência de vaga na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O serviço de obstetrícia do HU assumiu a assistência da usuária em condições desfavoráveis para o bom desfecho do caso, acarretado pela indisponibilidade de leito em UTIN. Situação limite que confrontou os profissionais com algumas questões: O que fazer agora? Encaminhar a usuária para onde, após todo esse percurso? Que outra maternidade da rede poderia absorver uma usuária de tal complexidade? Como equacionar a inexistência de vaga na UTIN?

A partir do percurso descrito por esta usuária identificou-se as seguintes lacunas e

falhas assistenciais:

- a) falta de suporte para alta complexidade obstétrica e neonatal no interior do estado, ausência de um serviço de saúde estruturado com atendimento de cirurgia pediátrica, expondo o binômio ao risco;
- b) sistema de referência ineficaz, rompimento do vínculo entre a gestante de alto risco e a rede. A usuária foi referenciada para o município de Campina Grande/PB, que não ofertou a assistência necessária. Houve expectativa da usuária durante todo pré-natal que receberia atendimento adequado e em momento oportuno no município ao qual foi referenciada;
- c) comprovada a peregrinação da usuária. Viajou mais de 400 km em pródromos de Trabalho de Parto (TP), sem nenhuma garantia de que o parto seria realizado de forma segura e com assistência na complexidade e qualidade requerida;
- d) não houve regulação e encaminhamento adequados, realizado por parte de nenhuma das maternidades por onde a usuária passou pela avaliação clínica;
- e) não foi garantido o transporte seguro da usuária. O transporte fornecido pelo município de origem foi apenas até a metade do caminho, no município de Campina Grande/PB onde foi deixada sem que houvesse certeza do atendimento. Posteriormente precisou utilizar um serviço de táxi, custeado com meios próprios para chegar a capital do estado;
- f) ao chegar a João Pessoa/PB, a maternidade para onde a usuária foi referenciada também não possuía o serviço de cirurgia pediátrica conforme orientação recebida em Campina Grande. Deslocou-se novamente sem regulação até HU, sem transporte seguro, sem vaga certa, apenas com um encaminhamento em mãos.
- g) carência de leito em UTIN. Na admissão do HU, em pródromos de TP, foi informada que o serviço possuía assistência de alta complexidade, com a presença de cirurgião pediátrico, porém a instituição encontrava-se sem vaga na UTIN. A cesárea de urgência foi realizada devido à progressão do TP.

De acordo com a matriz conceitual do PROADESS, acesso é definido como “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p.63). Para Viacava et al. (2012) acesso se relaciona com a oferta e disponibilidade dos serviços necessários e com custos razoáveis, eliminando-se qualquer tipo de obstáculos para sua utilização pelos usuários. Ai incluso o período de tempo para que o cuidado necessário e benéfico seja dispensado,

introduzido pela expressão tempo oportuno (timeliness), utilizada pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations como uma subdimensão do acesso. Nos textos oficiais da RC observa-se o frequente uso desta expressão “tempo oportuno”.

Esta pesquisa evidenciou a migração da parturiente por uma longa distância (400 Km) e com tempo prolongado de deslocamento – mais de doze horas de viagem, em busca do parto seguro. Sinaliza para barreiras importantes de acesso ao tratamento e diagnóstico em diferentes níveis de complexidade de atenção, demonstrando a necessidade de melhor organização dos sistemas de referência e fluxos de atendimento intermunicipais e das regiões de saúde materna e neonatal na rede SUS do estado. Demonstra ainda que após mais de cinco anos de implantação da RC, a oferta de serviços obstétricos e neonatais não alcançou as necessidades regionais, com o descumprimento de diversos direitos reprodutivos previstos para alcance do parto seguro, tais como: o direito ao conhecimento e vinculação da gestante com a maternidade que realizará o parto; direito ao transporte seguro através Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha) e implantação do modelo “Vaga Sempre”.

Estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal da pesquisa Nascer no Brasil, constatou a qualidade insatisfatória da atenção ao pré-natal e parto. Houve diferenças regionais importantes nas taxas de mortalidade neonatal, onde as maiores taxas foram observadas nas regiões Norte (23,3) e Nordeste (14,5) e menores no Sul (6,2) e Sudeste (8,0 por mil nascidos vivos). No Nordeste (21,3%) registrou-se a maior proporção de óbitos de RNs a termo. Quanto aos grupos de causas morte, a prematuridade correspondeu a cerca de 1/3 dos casos, seguida pelas malformações congênitas (22,8%) e infecções (18,5%). Ao analisar marcadores assistenciais foram constatados problemas na organização do sistema de atenção perinatal, com o nascimento de RNs de risco em local inadequado e a peregrinação de cerca de 40% das gestantes no momento do parto. O atendimento imediato das gestantes em trabalho de parto nos serviços de saúde e com a disponibilidade dos recursos de maior complexidade, pode ser determinante para a sobrevivência dos neonatos prematuros e de risco (LANSKY et al., 2014).

Dados de outros estudos realizados na Região Nordeste corroboram com os achados desta pesquisa quanto às dificuldades e barreiras de acesso no atendimento ao parto. Análise do acesso à assistência ao parto normal no estado da Bahia a partir da teoria dos grafos, evidenciou a necessidade de melhor organização e planejamento do sistema de referência no estado, com o aumento da distância percorrida e do número de gestantes que realizam o parto fora do município de origem (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

Em avaliação da satisfação das gestantes com o atendimento da rede SUS na cidade do Recife/PE constatou-se a migração das usuárias, a maioria das parturientes atendidas na cidade são residentes em outros municípios, 28% percorreram mais de 50 km de distância e levaram mais de 02 horas no trajeto até onde receberam atendimento e destas 98,9% não recebeu auxílio para o deslocamento conforme previsto na RC. Confirmando as barreiras de acesso e a baixa integração entre os componentes pré-natal e parto, com concentração dos serviços de alto risco na capital do estado de Pernambuco (SILVA et al., 2017).

Caso 02: 18 anos, solteira, branca. Gesta I; Diagnóstico no momento da internação: 23,4 semanas de gestação, Amniorrexe Prematura + Descolamento de Placenta.

Antes de ir na [nome de uma clínica privada] eu passei o dia todo com sangramento. Fui lá no outro dia porque estava com sangramento e eu não sabia se estava tudo bem. Também tinha descido esse líquido. Quando eu cheguei lá a Dr.^a disse assim:
 _ Olhe corra para uma maternidade, corra porque você tá com pouco líquido, bastante pouco mesmo! Não tem quase nada!
 Quando eu fui ver lá, estava escrito 2,5 o ILA. Eu fui para casa e falei com minha mãe. Ela disse assim:
 _ Então vá com sua tia!
 Eu disse:
 _ Vamos para [nome de outra maternidade]. Porque eu sempre ia para lá, por qualquer coisa que acontecia.
 Aí ela disse:
 _ Mulher toda vez que tu vai para lá, o povo diz que é besteira!
 Toda vez que eu sangrava, eles diziam isso. Aí ela fez:
 _ Vamos para o Hu.
 [...] Eu vim, quando chegamos aqui eles já me internaram (usuária 03).

No relato acima foi identificado que houve dificuldades de acesso da usuária ao atendimento de urgência com a realização do exame de ultrassonografia obstétrica (USG), bem como, a baixa qualidade dos atendimentos de urgência que obteve nas diversas vezes que procurou uma das maternidades da rede SUS de João Pessoa, com a queixa recorrente de perda de líquido e sangramentos. A queixa da usuária que motivou a busca pelo serviço de saúde não foi investigada adequadamente, minimizando o fato como “besteira”, sem que houvesse o tratamento adequado no tempo oportuno. Observa-se também que a usuária precisou recorrer a uma clínica privada para realização da USG Obstétrica, exame que possibilitou o diagnóstico correto com a orientação da usuária quanto à urgência e gravidade do seu caso.

Orientações constantes no caderno de orientações da Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012b), apontam as síndromes hemorrágicas (incluindo o descolamento prematuro de placenta e placenta prévia) e a amniorrexe prematura como fatores de risco que indicam o encaminhamento imediato da gestante à urgência/emergência obstétrica. Na

situação descrita, a usuária buscou o atendimento em serviços de urgência obstétrica diversas vezes e contrariamente ao preconizado não recebeu o atendimento necessário, colocando em risco a saúde materna e fetal.

Dados do SINASC demonstram a alta taxa de cobertura da atenção ao pré-natal e ao parto hospitalar em todo país, a cobertura de partos hospitalares em 2010 alcançou 98,0%, gestantes com mais do que quatro consultas de pré-natal a taxa nacional foi de 91%. Entretanto o aumento de cobertura e acesso, não refletiu no decréscimo suficiente na RMM. Em alguns estados da Região Norte superou 100/100 mil nascidos vivos, a RMM estimada no estado da Paraíba foi 56,6 e somente em Santa Catarina foi inferior a 40 por 100 mil nascidos vivos. As principais hipóteses explicativas para este cenário desfavorável no Brasil seriam a qualidade precária dos serviços de saúde, a falta de integração entre os componentes ligados ao pré-natal e assistência ao parto e as cesarianas desnecessárias (SZWARCOWALD, 2014).

Situação similar ao que ocorreu com a usuária do Caso 02, envolvendo a baixa qualidade dos serviços de atendimento em urgências obstétricas, é descrita também a seguir no Caso 03.

Caso 03: 31 anos, união estável, parda. Gesta II, II cesáreas, pré-natal de alto risco por DHEG, RN a termo. Diagnóstico no momento da internação Pré-eclâmpsia.

Eu estava com pressão alta e fui para [nome da primeira maternidade] duas vezes, fui atendida, mas me mandaram para casa. Depois eu fui para [nome da segunda maternidade] e me mandaram para casa. Lá também disseram que não estava na hora do bebê nascer e eu estava perdendo líquido direto. Na quarta vez fui lá no postinho, foi quando a médica disse para mim:

_ Você quer um conselho? Você quer um encaminhamento para o HU?

Eu disse:

_ Quero, mas eu estou com medo, porque só me mandavam voltar para casa!

Quando eu cheguei aqui no HU para ser atendida, minha pressão estava 18x10. Aí me subiram ligeiro, foi uma correria. A médica daqui [Dr.^a nome], disse:

_ Vamos ter que fazer um parto de urgência porque você já está com a pressão muito alta e com pré-eclâmpsia (usuária 05).

Tratava-se de um caso de urgência obstétrica, com diagnóstico de pré-eclâmpsia, havendo risco de morte materna e fetal. Evidenciou-se a peregrinação da usuária e a baixa qualidade nos atendimentos realizados nas urgências das maternidades anteriores, fato observado no discurso médico durante o atendimento na ESF ao encaminhá-la para o HU. Ficou explícito o quanto a usuária sentiu-se desamparada, vivenciando o momento do parto com “medo” e insegurança. A entrevistada considerou que não houve atendimento adequado e resolutividade para seu caso antes do encaminhamento para o HU. Ao contrário no HU, obteve atendimento de forma rápida e resolutiva, em conformidade com as necessidades e

gravidade do caso, demonstrando grande gratidão para com o serviço.

As síndromes hipertensivas da gestação estão entre as mais frequentes da gravidez e associadas com complicações graves, com maior risco de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012b).

De acordo com Silva et al. (2016), em todas as regiões brasileiras dentre as principais causas de mortalidade materna destacam-se o grupo edema, proteinúria e transtornos hipertensivos, além das infecções obstétricas. A eclâmpsia foi a maior causa de mortalidade materna na região Norte entre os anos de 2001 e 2012 e nas regiões Nordeste e Sudeste no período de 2001 e 2006.

Outro estudo sobre a mortalidade materna tardia nos estados de São Paulo e Paraná constatou que a principal causa de óbito obstétrico direto tardio foi a cardiomiopatia no puerpério, correspondendo a 11,2% e 11,4% dos óbitos respectivamente. A pré-eclâmpsia/eclâmpsia posiciona-se na segunda causa básica de morte materna tardia no Paraná (9,6%), enquanto em São Paulo ocupava a terceira posição (VEGA; SOARES; NARS, 2017).

A avaliação do acolhimento utilizada neste estudo se baseou nas orientações atualmente propostas pela RC. Neste sentido, são previstos espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e de seu acompanhante, com as seguintes especificações mínimas: sala de espera confortável com cadeiras em número suficiente para a demanda; sala de classificação de risco próxima da equipe de acolhimento com facilidade de acesso ao interior do hospital; recepção para registro de entrada sem barreiras; presença de bebedouros e TVs; conforto luminoso, térmico e acústico; sinalização visual e comunicação que facilitem a orientação dos usuários (BRASIL, 2011b).

O serviço de Acolhimento e Classificação de risco foi implantado no HU recentemente após no hospital aderir e integrar-se a rede de hospitais universitários administrados pela EBSEH. Através das informações coletadas nas entrevistas constatou-se que o serviço ainda não funciona efetivamente 24h por dia em todos os dias da semana. Usuárias que chegaram no horário noturno afirmaram ter realizado o cadastro da ficha de atendimento de urgência na recepção do hospital e foram encaminhadas diretamente para a maternidade sem realização da classificação de risco.

O setor de acolhimento com classificação de risco situa-se no térreo do hospital, onde é feito o primeiro atendimento das usuárias. De acordo com a queixa e clínica apresentada pela usuária é indicando a ordem de prioridade e tempo máximo de espera para o atendimento na triagem da maternidade situada em outro andar. A maternidade do HU realiza atendimento de urgências obstétricas durante 24 horas por dia e nos sete dias por semana.

Começou a ser inserida aqui, não só para maternidade mas também para todo hospital, a classificação de risco com acolhimento. De início está para todo hospital e direciona após o primeiro atendimento para cada uma das clínicas, não temos uma classificação específica para a maternidade. Não tínhamos e foi um avanço, previsto na proposta de humanização e também da RC, a questão da classificação de risco e da regulação. Neste aspecto melhorou bastante! (enf. 04)

Agora foi implantado o acolhimento inicial lá no térreo, onde é feita uma triagem com classificação de risco, após a paciente já sobe com essa classificação por cor para ser atendida aqui em cima (enf. 01).

Houve concordância de todas as usuárias entrevistadas quanto à alta qualidade e satisfação com o primeiro atendimento e acolhimento realizado pelo HU. Para qualificá-lo as usuárias empregaram palavras como: “bom”, “muito bom”, “ótimo”, “gostei de tudo”, “com muita calma e carinho”, “rápido”, “equipe sempre a disposição” e “muito tranquilo”. Através dos relatos foi possível identificar o empenho dos profissionais desde a recepção até a triagem da maternidade e proporcionar acolhimento rápido, resolutivo, gentil, respeitoso e de acordo com a queixa ou necessidade de saúde que as motivaram buscar atendimento na unidade.

Do PSF já me mandaram aqui para maternidade e teve todo aquele processo positivo de me encaminhar, vim até acompanhada com uma enfermeira, fizeram a ficha e verificou minha pressão e tudo. Eu já fui bem atendida na recepção, o pessoal da triagem que também são enfermeiras. E então teve esse deslocamento lá de baixo para cá e de imediato eu fiquei internada (usuária 01).

Eu fui atendida lá embaixo e depois me mandaram subir direto aqui para maternidade, foi bem rápido. [...] Em menos de meia hora eu fui atendida. Com certeza! Fizeram a ficha logo e me encaminharam para maternidade, todos muito educados comigo e fizeram tudo que eu precisava” (usuária 07).

Houve relatos onde foi possível constatar que o comportamento de acolhimento humanizado, individualizado, respeitoso e resolutivo possibilitou a transmissão de confiança, tranquilidade e apoio nos momentos de dor, insegurança, medo e incerteza. Havendo a preocupação da equipe em dar suporte às necessidades individuais das usuárias.

[...] Eles estudaram como estava a situação. Depois, me informaram quais eram os procedimentos que poderiam me ajudar, para que meu filho não nascesse naquele momento. Então eu me senti muito acolhida por eles. Cada um que falava, transmitia esperança. Olha a Dr.^a [nome] segurou na minha mão, alisou minha cabeça e ela olhou para mim e disse:

_Tenha calma, vamos te ajudar e vai dar tudo certo!

Foi ela que fez o meu primeiro parto também, aí falou:

_Quem sabe vou ser eu que vou fazer seu parto de novo?

Então eu me senti assim muito acolhida e respeitada! (usuária 01)

As usuárias entrevistadas reconheceram que os profissionais estão próximos e disponíveis para auxiliá-las, constatando-se a criação de vínculo entre os envolvidos e a iniciativa dos profissionais em buscar identificar e satisfazer as necessidades individuais e demandas subjetivas, aspectos importantes para proporcionar o cuidado integral.

Eu não estava sentindo muita dor, mas mesmo assim eu fui bem atendida. A equipe aqui, ela é bem aberta e está sempre à disposição para ajudar, não precisa estar indo lá atrás, eles sempre estão cuidando da gente. [...] Os profissionais daqui estavam muito prestativos e me ajudaram em tudo! (usuária 08)

Fui muito bem tratada aqui. Só que existiram os detalhes. [...] Então o atendimento ele envolve tudo. Ele é muito importante para qualquer instituição, a gente lidar com ser humano, o ser humano existe uma história, existe todo um processo, existe sensibilidade, existe dor, existe tudo. Pelo menos comigo, eu posso ser sincera em dizer que me senti acolhida e ajudada por todos (usuária 01).

Observou-se que algumas usuárias foram surpreendidas positivamente com o atendimento do HU e com o acolhimento proporcionado pelo serviço, mesmo para aquelas que esperavam ter dificuldades de acesso no momento do parto. Conforme evidenciado no relato da usuária abaixo, onde HU não era sua maternidade de referência na rede, procurou o serviço por demanda espontânea, o pré-natal havia sido realizado na rede privada e sem direito a atenção ao parto por carência do plano de saúde.

Aqui foi muito tranquilo! Achei até que fosse ser bem mais complicado porque eu não fiz meu pré-natal aqui e nem no SUS. Mas foi eu chegando, fizeram a ficha e subi. Fui super bem recepcionada pelas meninas da triagem. No primeiro momento foi um residente que me recebeu, ela fez o toque e me explicou do trabalho de parto. Eu cheguei com 05 cm, me internaram e fui logo fazendo os exercícios (usuária 10).

Algumas das usuárias estiveram em outras maternidades da rede e reconheceram o bom atendimento prestado pela equipe do HU. Nestes casos, supõem que em outras maternidades do município não receberiam assistência tão qualificada quanto a que o HU forneceu e com tamanho empenho dos profissionais.

Eu acho assim, que eles fizeram de tudo até hoje para eu estar aqui com saúde e ter levado essa gestação até o fim. Porque eu acho assim, que se eu chegasse noutra maternidade, provavelmente que eles não fizessem o que estão fazendo aqui!" (usuária 03)

Eu fui muito bem recebida, desde início, tudo! Deu para ver assim, que eles fizeram de tudo para arrumar a vaga para mim e minha bebê. Porque se tivesse a vaga de UTI Neo na noite que eu cheguei ela teria me internado logo (usuária 02).

Ao contrário das usuárias entrevistadas que apresentaram alto nível de satisfação com o acolhimento, os profissionais entrevistados demonstraram insatisfação com as condições oferecidas para acolhimento e primeiro atendimento das usuárias que chegam à maternidade. O principal problema apontado foi a inadequação de estrutura física para alcance do acolhimento de forma humanizada. As usuárias acomodam-se em bancos e cadeiras no corredor de entrada da maternidade após passarem pelo acolhimento e classificação de risco no térreo do hospital.

Corredor para mim não é acolhimento! Um ambiente adequado que ela pudesse chegar, sentar e conversar como se ela estivesse em casa. Como quando você chega na casa de alguém, logo é convidado para entrar, sentar e conversar sobre o que está havendo. Depois dessa conversa, vamos lá examinar. O fluxo daqui aumentou bastante e essa sala junto da triagem não resolveu o problema do atendimento com acolhimento, ela acabou virando outro consultório. As pacientes chegam e ficam aí nesse corredor no meio do tumulto (méd. 05).

O acolhimento e classificação de risco do setor carecem de transformações estruturais importantes para atingir a meta do acolhimento com qualidade e humanização, conforme observado nas visitas ao setor e confirmado nas diversas entrevistas. O setor não oferece principalmente sala de espera, sala de repouso e observação, ausência de um banheiro de livre acesso e necessita de ampliação dos consultórios. Para as usuárias e acompanhantes que aguardam atendimento constatou-se a falta de conforto, privacidade e tranquilidade.

[...] O que se preconiza para a humanização da assistência já não acontece desde a entrada dessa mulher, na estrutura hospitalar e da clínica. Ficam sentadas em um banco muito desconfortável, frequentemente elas chegam com ameaça de abortamento, ameaça de parto prematuro ou em trabalho de parto etc. Elas ficam em um corredor invadido, que é trânsito das pessoas que estão entrando e saindo. Então, as mulheres chegam não tem um ambiente privativo e acolhedor, que favoreça a tranquilidade. Elas ficam tensas com o atendimento, ali aguardando. Então eu acho que é gritante a falta de humanização neste sentido, na recepção dessa mulher aqui na clínica obstétrica (docente. 1).

Para além deste aspecto, salienta-se a falta de inserção da equipe multiprofissional presente no primeiro atendimento, a avaliação está embasada na consulta médica e resolutividade da queixa clínica, distanciando-se da percepção integral na assistência à saúde da mulher preconizada pela RC.

Não existe na recepção da clínica obstétrica, uma sala onde a mulher possa ser acolhida, inclusive por diversas áreas de conhecimento, onde ela tenha uma assistência mais integral. A mulher que vem aqui, ela é atendida em uma triagem pela área médica exclusivamente, ela não passa por outros olhares (docente 1).

No presente estudo, foi possível identificar que as usuárias chegaram ao serviço por situações muito diversas, podendo ser elencadas algumas dificuldades e falhas vivenciadas por estas na atenção básica e maternidades da rede, tais como: dificuldade de acesso aos serviços de urgência e realização de exames; desestruturação e desarticulação da rede de referência; a peregrinação por falta de vagas e superlotação das maternidades; a falta de assistência especializada e de alta complexidade no interior do estado; falhas da regulação e transporte seguro; baixa qualidade e resolutividade de atendimentos anteriores motivando a migração para outras maternidades; não atendimento da necessidade de saúde em momento oportuno, além da identificação de um caso de violência obstétrica em outra maternidade da rede.

Os resultados evidenciam que quanto à avaliação do acolhimento e classificação de risco, trabalhadores e usuárias possuem opiniões discrepantes. Entre usuárias houve predomínio da alta satisfação com os atendimentos, sua rapidez, resolutividade, o tratamento digno, respeitoso e atencioso da abordagem da equipe de saúde e recepcionistas. Já entre profissionais prevaleceu a insatisfação com as instalações/estrutura do hospital e da maternidade para o acolhimento humanizado.

Na avaliação do acolhimento pode-se concluir que há certa ruptura e contraposição da qualidade assistencial na instituição entre a dimensão estrutura e a dimensão subjetiva/relacional da valorização dos sujeitos envolvidos usuários, trabalhadores e acompanhantes. A articulação entre a estrutura adequada e da ambiência acolhedora promovida pelas equipes de saúde favorece o desenvolvimento de vínculos, relações de confiança, escuta resolutiva e atendimento das necessidades de saúde da população. Entretanto, a estrutura da unidade coloca-se como um obstáculo para alcance de melhores resultados. Os espaços físicos da instituição são limitados, inviabilizam diversas ações de saúde ligadas ao acolhimento. A expansão demonstra ser necessária para efetivação do acolhimento humanizado.

5.3 A percepção dos participantes sobre a assistência obstétrica do HU

Os entrevistados consideram que houve no Brasil e na própria instituição avanços na qualificação e humanização do cuidado ao parto e nascimento, bem como na atenção à saúde das mulheres nas últimas três décadas. Alavancadas especialmente pelas propostas inovadoras introduzidas pelo PAISM. Conforme exposto por Osis (1998), o programa representou uma ruptura do que até então era realizado para a saúde da mulher no país, focada anteriormente principalmente no aspecto reprodutivo.

O MS tem buscado avançar nessas políticas públicas de atenção à mulher que a contemplem de modo mais humanizado, integral, universal e com equidade. Essa luta já tem mais de 20 anos. Algumas medidas muito importantes foram tomadas no decorrer destas décadas, como Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. [...] Antes do PAISM a assistência à mulher no Brasil era centrada na assistência ao parto e nascimento exclusivamente, mas em todas as outras áreas a mulher carece de atenção e de cuidado. [...] o Programa Materno Infantil que antecedeu o PAISM, dava assistência à mulher e ao filho na maternidade. Então todas as faixas etárias no ciclo vital da mulher não eram contempladas. Não havia prioridade, por exemplo: de ações na prevenção do câncer de colo uterino e mama, de planejamento familiar e reprodutivo, de assistência à mulher idosa, na menopausa, de assistência a mulher adolescente, de assistência a mulher criança e de todas as outras áreas. O PAISM se propôs a realizar, fundamentar e alicerçar a assistência que dessem resposta para estas necessidades de saúde da mulher. [...]

Podemos considerá-lo como um paradigma na atenção integral a saúde da mulher no Brasil e partir dele é que outras coisas foram pensadas. Então poderíamos dizer que as políticas de saúde para as mulheres precisam estar em permanente movimento! Em permanente ajuste as realidades contemporâneas (docente 01)

A ruptura conceitual introduzida pelo PAISM introduziu elementos para superação da percepção da mulher em seu papel de reprodução biológico e social de mãe, da visão de saúde voltada para atenção materno-infantil que prevalecia. Portanto, o programa é considerado um marco histórico e político, resultado dos movimentos de mulheres e feministas que reivindicavam o direito à saúde integral, incorporando o enfoque de gênero, raça/etnia e da promoção da saúde na agenda da saúde das mulheres (RATTNER, 2014).

Além da importância do PAISM na atenção à saúde da mulher, foram salientados a Carta de Fortaleza e o PHPN lançado em 2000 pelo MS. Os eventos organizados pela rede ReHuNa, também foram reconhecidos como importantes para discussões e trocas de experiências entre profissionais engajados na humanização do parto e nascimento no país. Além das contribuições e avanços ocorridos graças à instituição e recomendação de práticas de saúde criteriosas da Medicina Baseada em Evidências.

O movimento começou meio que através de grupo de mulheres, com o envolvimento de alguns profissionais, principalmente da enfermagem e parteiras. A humanização do parto ganhou força e começou a trazer critérios científicos, baseados em estudos de metanálise e principalmente ao nível internacional houve a publicação da Carta de Fortaleza pela OMS. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento em 2000, também foi importante. [...] Atualmente outros encontros promovidos pela ReHuNa, a rede de humanização agora também já tem o Siaparto em São Paulo, onde reúnem-se profissionais que lutam e estão envolvidos no processo de humanização do parto e do nascimento. Os eventos são momentos de muitas trocas de experiência e de conhecimentos de forma bastante produtiva (enf. 04).

Um dos profissionais ressaltou a importância da existência formal das políticas de saúde implementadas ao longo das últimas décadas e considera que estas têm sido essenciais para transformação da assistência obstétrica praticada no país.

Eu acho que a política ela vem para direcionar [...]. Quando chega a política de forma mais institucionalizada, através de suas diretrizes ela cria em nível local, condições para que você possa estabelecer um plano de assistência humanizada e diferenciada. Acho que isso favorece, os profissionais e instituições precisam de algum modo se adequar, porque existe exigência formal. Seja por capacitação, seja por sensibilização, de uma forma ou outra vão ter que mudar suas condutas. Houve um avanço bastante considerável nesses 14 anos que estou trabalhando (enf. 04).

De certo modo, tencionam para a mudança de postura, na responsabilização dos profissionais e instituições implicados em prestar o cuidado à saúde em consonância com o proposto no PHPN e RC. O estabelecimento das diretrizes, estratégias e parâmetros de qualidade no cuidado humanizado em nível nacional, possibilitam que em nível local haja o

planejamento e a organização dos serviços de saúde, em consonância com a realidade e necessidades de saúde daquele território.

De forma menos expressiva, um pequeno número de participantes médicos obstetras demonstrou descontentamento com o termo humanização do parto durante as entrevistas, pois consideram que a categoria médica tem sido responsabilizada pelos resultados negativos da assistência obstétrica, apontados como "vilões", "culpados" ou "desumanizados". Neste contexto, indicam que o cenário dos problemas da assistência obstétrica brasileira é complexo, dependente de enfrentamentos em múltiplas frentes, que incluem outros fatores além da superação dos excessos de intervenções e procedimentos na assistência ao parto.

[Humanização] Nesse contexto a figura do obstetra ela foi um pouco assim desumanizada, é como se ele fosse um vilão da história, o culpado. É uma questão complexa que não depende de soluções só da medicina, mas do todo (méd. 01).

A humanização pode ser abordada por diferentes vertentes, na área da saúde o termo surge no país em movimento contra a violência institucional, especialmente na atenção à Saúde da Mulher e Saúde Mental. Pode ser considerado ainda como: princípio de conduta humanista e ética; política pública para atenção e gestão do SUS; metodologia de gestão participativa e como tecnologia de cuidado (RIOS, 2009).

A Política Nacional de Humanização é considerada como uma estratégia, não um programa, uma política transversal para qualificação das ações de saúde e fortalecimento do SUS. Neste sentido, o termo humanizar é empregado pela política como modo de "ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (BRASIL, 2004c, p.6).

Portanto há uma distinção importante a ser esclarecida, se trata de humanizar as relações entre as pessoas, a gestão, as condições e o processo de trabalho. Morschel e Barros (2014) consideram que o modo como os processos de trabalho são concebidos e realizados têm repercussão direta na produção de transformações nas práticas de saúde e efetivação dos princípios do SUS.

A trajetória dos movimentos sociais e das políticas públicas de humanização e qualificação de atenção à saúde reprodutiva, descritas pelos entrevistados correspondem ao que vem sendo apontado pela literatura (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015). Assim, a legitimação das práticas embasadas na humanização do cuidado e no respeito aos direitos femininos, recompõem um longo processo para superação do modelo tecnocrático e adoção do modelo humanista de atenção ao parto no país.

O modelo humanista de atenção ao parto baseia-se no bem-estar da parturiente e do RN, na subjetividade, no respeito aos direitos reprodutivos, no afeto, na liberdade dos sujeitos. Prioriza o uso apropriado da tecnologia, para tanto se faz necessário o acompanhamento contínuo de todo processo de parturição e redução do uso das intervenções, partindo da perspectiva do parto como um processo fisiológico e natural, respeitando-se o contexto sociocultural onde se insere (BRASIL, 2011b).

Diversas são as situações que têm comprometido o alcance de resultados mais significativos em termos de qualidade da atenção e alcance do modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento, identificadas por este estudo e a seguir apresentadas.

Para Aquino (2014), a qualidade dos serviços obstétricos prestados não veio acompanhada da mesma amplitude observada na cobertura de serviços de saúde dos usuários do SUS. Questão igualmente apontada por esta docente participante, que destaca alguns dos avanços, entretanto foram insuficientes para considerarmos que a assistência atingiu níveis aceitáveis de humanização e qualidade na atenção à saúde da mulher.

Ampliou a rede de serviços de saúde, a diversidade de profissionais, a enfermagem atuante na assistência ao pré-natal e parto de baixo risco. Precisamos estar em permanente questionamento do por que desses resultados negativos. Então, pode-se dizer através do Sistema Nacional de Informação que em quantidade o acesso e o acolhimento melhorou! Mas em termos de humanização da assistência e qualidade, considerando que a mulher tem o direito ao acesso, equidade, universalidade, e todas as coisas que estão previstas dentro das ações básicas de saúde integral das mulheres... Eu diria que precisamos ainda lutar muito para conseguir e acontecer! (docente 01).

A importância do fortalecimento do componente pré-natal foi destacada por diversos participantes. A assistência foi considerada de baixa qualidade, muito focada no momento do parto e pouco se tem feito na Atenção Básica através de ações de prevenção, promoção e educação em saúde durante a gestação. O adequado acompanhamento da gestação possui relação estreita com o desfecho e alcance de resultados mais satisfatórios da atenção obstétrica como um todo, interligando os três componentes: gestação, parto e puerpério.

[...] falta muito avançar principalmente em oferta de vagas, condições de resolutividade, um acompanhamento durante o próprio internamento mais adequado, vencer muitos mitos. Porque as pessoas voltam muito para atenção ao parto, ao parto. Mas o parto é um processo fisiológico, ele é um dos momentos. Acho que precisa voltar à atenção para profilaxia. A questão do pré-natal que está muito abandonado e de baixa qualidade. Se você não tem na rede um pré-natal bem conduzido e bem feito, a chance de um fracasso no parto é enorme, por isso que as pacientes chegam falando:

_Eu quero cesárea! Eu quero cesárea!

Isso porque não tem uma cultura, não tem um trabalho de educação em saúde pré-estabelecida antes da internação (méd. 03).

Os depoimentos principalmente dos entrevistados da categoria médica, apontam que as dificuldades no sistema privado para realização e estímulo ao parto normal são ainda maiores do que os encontrados na rede SUS de João Pessoa e observam que as transformações ocorreram com maior amplitude na rede pública. O sistema privado apresenta desorganização e despreparo generalizado para o atendimento do parto normal humanizado no município, havendo inadequações de estrutura e ambiência, carência de treinamento adequado dos RH para proporcionar assistência em conformidade com as recomendações das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Eu acho que 100% da rede privada da capital, 100% mesmo, não está preparada para a humanização e a realização do parto normal! Estou dizendo isso em termos de estrutura, em termos de capacitação de pessoas, a equipe em geral não tem preparo. Como também os próprios colegas, ao longo do tempo, perderam a intimidade do partear, então você observa. [...] acho bem positivo, o Ministério querer aumentar o número de partos normais, mas falta muito preparo da rede privada para isso e estrutura. A rede pública está muito mais estruturada e organizada do que a rede privada (méd. 01).

Outra participante considera que há dificuldades da categoria médica em aderir ao parto normal no sistema privado, um dos motivos seria a vinculação das usuárias ao médico prenatalista, inviabilizando a organização da agenda do profissional que possui múltiplos vínculos empregatícios e grande volume de pacientes cadastradas em seus consultórios.

Existe também a questão da vinculação da paciente ao médico que faz o pré-natal. O que dificulta demais você estar à disposição no momento do parto, porque você tem vários empregos e muitos pacientes no consultório. Então como você vai se organizar para atender? [...] E já aconteceu de pacientes minhas parirem normal com outros médicos. E aceitaram, mas é raro. Precisa resolver este problema, porque nós individualmente não temos poder para modificar isso (méd. 04).

Fato inconcebível e comum em todo país, que a atenção ao parto, no sistema privado, esteja atrelada à organização da agenda profissional e não às indicações clínicas. O que reforça a necessidade de reestruturação da rede privada e intervenções mais efetivas que possam regular, fiscalizar e reorganizar o sistema privado de modo que este possa favorecer e incentivar o parto normal, consequentemente reduzir as taxas elevadas de cesarianas. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir de 2015, através da Resolução Normativa nº 368 obriga operadoras de planos de saúde a: divulgar, quando solicitado, os percentuais de partos normais e cesáreas por estabelecimento/médico conveniado; utilizar o partograma; fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante.

A ‘cultura da cesárea’ desnecessária e agendada foi considerado um problema central e persistente, presente no sistema público e no privado, que tem interferido na atenção ao parto hospitalar. Em contextos diferenciados, a questão envolveu: falhas no componente pré-

natal; falta de acesso à informação e orientação das mulheres; o manifesto desejo das usuárias que de forma equivocada solicitam o procedimento socialmente valorizado como melhor ou menos doloroso; primeira escolha do sistema privado entre médicos e pacientes, sem indicação criteriosa baseada na avaliação clínica e obstétrica.

Tem paciente que não quer entender, porque já chega com a cabeça feita e quer porque quer uma cesárea eletiva! Já é cultural isso! O maior problema hoje que eu vejo em relação à assistência ao parto é esse. Um despreparo da paciente que chega ao serviço querendo uma assistência que não é adequada. Isso poderia ser visto no pré-natal (resid. 02).

Existe um ponto forte que é cultural, no momento a cesárea se tornou uma escolha. A mulher hoje em dia, pelo menos acontece frequente no consultório, chega querendo cesárea. A gente incentiva e explica, mas elas não querem! ‘Ah, eu não quero sentir dor! Ah, cesárea é melhor!’ [...] Acho que 95-99% das pacientes querem cesárea. O maior problema no Brasil hoje, eu não digo em relação às intervenções, mas quanto ao trabalho de parto normal e cesáreo é a cultura (méd. 04).

Pesquisa sobre a preferência da via de parto das mulheres brasileiras demonstrou que no início da gestação, 66% delas preferiam o parto vaginal e 27,6% a cesariana. Após aconselhamentos no decorrer do pré-natal 63,2% consideravam o parto vaginal mais seguro, 21,5% ambos e 6,3% o parto cesáreo. No sistema público e privado, a proporção de cesarianas foi três vezes superior ao desejo inicial das mulheres. Constatou ainda que a forma de organização da assistência e o modo de decisão pela via de parto interferem na preferência inicial das mulheres. A principal razão para preferência das mulheres pela cesariana foi decorrente ao modelo de atenção ao parto, que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, gerando medo entre as parturientes. No sistema privado as cesarianas em primíparas levam a indicação futura de uma nova cesariana e no sistema público ao final da gestação as mulheres não são encorajadas e apoiadas em sua preferência pelo parto normal (DOMINGUES et al., 2014).

Uma das consequências da hospitalização do parto foi o aumento das intervenções e consolidação do modelo tecnocrático. Para este profissional a institucionalização do parto acarretou a percepção do parto como um “procedimento” e o uso das intervenções tornou-se muito forte nas instituições hospitalares e maternidades, onde é comum que os profissionais estejam sempre alerta, preparados para realizar procedimentos de forma ágil, numa sequência quase automática e pré-determinada. Para este entrevistado, a particularidade na assistência obstétrica residiria em aprender a esperar e intervir somente quando necessário.

Ao longo do tempo o parto foi levado para o nível hospitalar. O parto tornou-se um procedimento. Então chegou aqui, dilatou, coloca um acesso, leva para sala de parto, coisa e tal, tem que nascer. [...] Então há uma dificuldade em saber esperar e não intervir. No procedimento é bom você chegar e logo fazer, já no parto é justamente o

contrário. É você estar lá e não precisar fazer, esperar para ver se precisa ser feito algo. A cultura do procedimento é muito forte! [...] Então acho que esta questão cultural é difícil de ser quebrada, mas precisaria ser quebrada (méd. 05).

Neste contexto, em que o parto é percebido como um procedimento indiferente a qualquer outro, alguns profissionais apresentam dificuldades em respeitar a fisiologia e evolução natural TP, intervindo desnecessariamente com o anseio de resolutividade do caso e abreviação do processo.

De acordo com Serruya (2014), há necessidade de transformação da assistência ao parto praticada em nosso país, onde quase 95% das parturientes são submetidas a algum tipo procedimento durante a internação, a partir de uma percepção do parto como um “problema médico” e não como um processo natural, indo na contramão da incorporação das práticas baseadas em evidências. Para a autora, a reversão deste modelo medicalizado e de intensa padronização de procedimentos nas rotinas hospitalares, se desdobra dentre outros fatores pela rediscussão do significado do parto para as mulheres e de seu protagonismo, em direção ao parto seguro e de melhor qualidade.

Dados da Pesquisa Nascer Brasil, a partir de 23.894 mulheres entrevistadas, constatou que as boas práticas de atenção ao trabalho de parto foram utilizadas para menos de 50% das mulheres e com menor frequência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A punção venosa foi realizada em mais de 70% das mulheres e a amniotomia ocorreu em cerca de 40% delas. Além dos elevados percentuais de episiotomia (56%), manobra de Kristeller (37%) e posição de litotomia (92%), em apenas 5% dos partos não houve nenhum tipo de intervenção (LEAL et al., 2014).

O comprometimento dos profissionais com o acolhimento das usuárias de forma respeitosa, com ética e dignidade, são elementos considerados importantes para o exercício da autonomia das mulheres, no estabelecimento de relações horizontais junto aos profissionais de saúde e no resgate do papel de protagonistas de suas vidas e do seu próprio parto. Contribui para eliminação de qualquer tipo de violação de seus direitos, violência ou discriminação (GRAMACHO; SILVA, 2014).

Por outro lado, a humanização perpassa também pela garantia de acesso à assistência resolutiva e de boa qualidade, conforme a necessidade das usuárias em todos os níveis de atenção à saúde. A percepção da humanização apenas como uma questão de ser educado ou dispensar um tratamento cortês às usuárias é reducionista, a humanização da assistência ao parto inclui: a disponibilidade de leitos, eliminação da peregrinação, a oferta do cuidado multidisciplinar, acesso ao diagnóstico e tratamento, disponibilidade de tecnologia apropriada

ao adequado atendimento com qualidade para o cuidado materno e neonatal, conforme evidenciado na fala deste participante.

Não é você traduzir humanização com educação, em tratar bem o próximo, porque isso é questão de cultura e berço. A humanização ao parto, de toda assistência à gestante é muito mais complexa. Parte do princípio de você ter vaga quando preciso, não deixá-la peregrinando por aí na cidade afora, oferecer uma equipe multidisciplinar que seja capaz de suprir as necessidades dela com uma boa qualidade técnica. Nem sempre dispomos de tecnologia, de medicamentos, de meios e métodos diagnósticos que sejam capazes de dar qualidade adequada e bem estar ao binômio (méd. 03).

Em relação ao HU, de modo geral profissionais médicos e de enfermagem avaliaram a assistência prestada como de boa qualidade, os principais atributos de qualificação da assistência apresentados foram: “ótima”, “boa” e “muito boa”. Entre aqueles que optaram por qualificar através de notas entre zero a dez, o serviço obteve valores acima oito. A instituição também alcançou alta satisfação por parte dos profissionais quanto ao seu papel de instituição formadora de recursos humanos em saúde. Entretanto, houve homogeneidade das respostas dos profissionais quanto à necessidade de melhorar a qualidade da assistência para alcance das recomendações da RC e do modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento.

Para a nossa realidade nordeste, ele é um serviço essencial e de boa qualidade. Em relação ao processo de inserção e recepção da paciente, do acolhimento, de resolução dos casos clínicos, considero que seja um serviço de excelente qualidade. Excelente na formação profissional também! Se formos aprofundar na questão do cuidado ao parto humanizado e natural, conforme o preconizado na RC e na política, acho que o serviço ainda deixa a desejar. Precisamos melhorar! (enf. 04)

Usuárias entrevistadas demonstraram alto grau de satisfação com a assistência recebida no HU. Os principais fatores apontados para satisfação foram a resolutividade da terapêutica, o tratamento atencioso, ético e respeitoso por parte da equipe de saúde. Relataram que de acordo com o atendimento recebido, indicariam o serviço para outras usuárias ou voltariam a procurar a unidade, dado que confirma tal satisfação.

Com certeza eu voltaria, eu indico o HU desde meu primeiro filho. Eu digo a todo mundo! Sabe por quê? [...] somos seres humanos e nem tudo é 100%, tudo precisa sempre de estar aperfeiçoando, sempre melhorando. Diante disso, estou consciente que esse hospital para mim é o melhor de todos! Aqui tive atendimento para tudo que eu preciso e infelizmente em outros hospitais não me deram a assistência especializada que o HU me deu. Então o HU eu diria que eu passava o que tivesse que passar com o maior prazer. [...] Aqui o atendimento em geral, todo um conjunto eu dou nota 10 (usuária 01).

Dentre as usuárias que receberam atendimento em outras maternidades da rede, foram tecidas comparações e o HU foi considerado por estas como a melhor maternidade. Esta entrevistada demonstra claramente insatisfação com outros serviços e temor em ser transferida

dada a baixa qualidade da assistência vivenciada em outros locais.

Todo mundo que conheço e da nossa família também, só quer vir para cá. Todos gostam muito daqui. Ontem eu estava até com medo, porque quando eu cheguei a doutora disse que não tinha vaga para mim. Aí eu até fiquei com muito medo. [...] Porque nas outras maternidades todo mundo sabe que é muito cheio, é muito tumulto, que o atendimento é péssimo (usuária 04).

A maternidade do HU foi apontada pelos profissionais participantes como uma das melhores do estado, quando comparada aos serviços públicos e privados, devido sua boa resolatividade e acompanhamento clínico principalmente na atenção ao alto risco materno e neonatal.

A rede ela é muito estratificada, heterogênea e deficitária. Porque eu trabalho e conheço a realidade de outros serviços. Temos muito a melhorar, mas quando comparado aos outros serviços eu me sinto orgulhosa do nosso trabalho e que estamos dando conta do recado. [...] Nossa maternidade é muito pequena, mesmo assim atendemos usuárias de todo estado. São casos raros e graves, que vêm do interior para serem atendidas aqui, pelos serviços diferenciados que oferecemos no HU. Com certeza é uma referência! Então acho que têm muita importância no nosso Estado (enf. 03).

Assim, 100% eu não posso dizer e também 100% nenhum hospital oferece. [...] Eu acho que nosso serviço é muito bom! Um dos melhores do estado. [...] Apesar das limitações, também temos vantagens, porque temos todos os profissionais de outras áreas, outras especialidades, somos uma instituição formadora e isso é muito positivo para o serviço (méd 01).

Estes apresentaram discurso similar aos das usuárias, a despeito de todas as carências, consideram que o setor apresenta a melhor qualidade assistencial e recursos humanos com maior qualificação. Ainda que se considere o pequeno porte da maternidade, o serviço oferece assistência diferenciada no atendimento de alta complexidade e possui importância para atendimento da população do estado da Paraíba, cumprindo-se seu papel de hospital de referência na rede e diferencia-se por sua função formadora de recursos humanos em saúde. Os profissionais apresentam satisfação e orgulho com a assistência prestada às usuárias.

Na percepção dos discentes de graduação a assistência obstétrica no HU foi considerada humanizada por 76,77% dos participantes. Observou-se que entre os discentes de medicina (83,62%) a avaliação positiva do serviço foi maior que entre os de enfermagem (56,41%) (Tabela 3). Este achado pode estar relacionado com as especificidades da formação de cada uma das profissões, para leitura diferenciada da mesma realidade. Tradicionalmente são enfocados aspectos clínicos na formação médica, enquanto que na formação de enfermagem são envolvidos aspectos humanísticos do cuidado.

Tabela 3 - Percepção dos discentes sobre a qualidade da assistência prestada às usuárias na maternidade do HU, 2016.

| Dimensões avaliadas | Medicina | | Enfermagem | | Total | |
|--|----------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Assistência ao parto humanizado | | | | | | |
| Sim | 97 | 83,62 | 22 | 56,41 | 119 | 76,77 |
| Não | 19 | 16,38 | 17 | 43,59 | 36 | 23,23 |
| Qualifique: | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 3 | 7,69 | 4 | 2,58 |
| Ruim | 0 | 0,00 | 2 | 5,13 | 2 | 1,29 |
| Regular | 26 | 22,41 | 16 | 41,03 | 42 | 27,10 |
| Bom | 59 | 50,86 | 16 | 41,03 | 75 | 48,39 |
| Ótimo | 28 | 24,14 | 2 | 5,13 | 30 | 19,35 |
| Não se aplica | 2 | 1,72 | 0 | 0,00 | 2 | 1,29 |
| Atuação da equipe multiprofissional para o cuidado humanizado | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 2 | 5,13 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 1 | 0,86 | 1 | 2,56 | 2 | 1,29 |
| Regular | 20 | 17,24 | 12 | 30,77 | 32 | 20,65 |
| Bom | 66 | 56,90 | 20 | 51,28 | 86 | 55,48 |
| Ótimo | 25 | 21,55 | 4 | 10,26 | 29 | 18,71 |
| Não se aplica | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Assistência baseada nas boas práticas | | | | | | |
| Sim | 97 | 83,62 | 32 | 82,05 | 129 | 83,23 |
| Não | 19 | 16,38 | 7 | 17,95 | 26 | 16,77 |
| Qualifique: | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 2 | 5,13 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 0 | 0,00 | 3 | 7,69 | 3 | 1,94 |
| Regular | 20 | 17,24 | 11 | 28,21 | 31 | 20,00 |
| Bom | 74 | 63,79 | 19 | 48,72 | 93 | 60,00 |
| Ótimo | 18 | 15,52 | 4 | 10,26 | 22 | 14,19 |
| Não se aplica | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Estrutura suficiente para o atendimento e aprendizagem com privacidade das usuárias | | | | | | |
| Sim | 64 | 55,17 | 14 | 35,90 | 78 | 50,32 |
| Não | 52 | 44,83 | 25 | 64,10 | 77 | 49,68 |
| Qualifique: | | | | | | |
| Péssimo | 0 | 0 | 5 | 12,82 | 5 | 3,23 |
| Ruim | 7 | 6,03 | 9 | 23,08 | 16 | 10,32 |
| Regular | 39 | 33,62 | 13 | 33,33 | 52 | 33,55 |
| Bom | 55 | 47,41 | 9 | 23,08 | 64 | 41,29 |
| Ótimo | 15 | 12,93 | 3 | 7,69 | 18 | 11,61 |
| Estrutura e ambiência adequadas para o desenvolvimento das atividades de ensino e assistência | | | | | | |
| Péssimo | 2 | 1,72 | 6 | 15,38 | 8 | 5,16 |
| Ruim | 14 | 12,07 | 5 | 12,82 | 19 | 12,26 |
| Regular | 52 | 44,83 | 18 | 46,15 | 70 | 45,16 |
| Bom | 37 | 31,90 | 9 | 23,08 | 46 | 29,68 |
| Ótimo | 11 | 9,48 | 1 | 2,56 | 12 | 7,74 |
| Exposição das usuárias a algum tipo de constrangimento para favorecimento da aprendizagem | | | | | | |
| Sim | 43 | 37,07 | 20 | 51,28 | 63 | 40,65 |
| Não | 73 | 62,93 | 19 | 48,72 | 92 | 59,35 |
| Ocorrência de situações consideradas como maus tratos, violência física ou verbal | | | | | | |
| Não | 93 | 80,17 | 26 | 66,67 | 119 | 76,77 |
| Sim | 23 | 19,83 | 13 | 33,33 | 36 | 23,23 |
| física | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| verbal | 11 | 9,48 | 5 | 12,82 | 16 | 10,32 |
| psicológica | 6 | 5,17 | 5 | 12,82 | 11 | 7,10 |
| física + verbal | 0 | 0,00 | 2 | 5,13 | 2 | 1,29 |
| verbal + psicológica | 6 | 5,17 | 1 | 2,56 | 7 | 4,52 |

Fonte: a autora

Para os entrevistados o serviço possui equipe com excelente qualificação profissional e alcançaria resultados ainda mais satisfatórios, não fossem as dificuldades enfrentadas com: a organização e planejamento da rede, o fluxo desordenado dos usuários, a falta de estrutura física, recursos materiais insuficientes, ambiência inadequada, carência de leitos, entre outros. Situações que exigem da equipe esforço ampliado para transposição desses obstáculos.

O HU ainda não tem estrutura física 100% humanizada. Não temos nem um Pré-parto para começo da história. [...] Acho que é um lugar que tem a área de conhecimento muito boa, a equipe é muito qualificada. Mas a estrutura deixa muito a desejar e dificulta bastante o nosso trabalho. A assistência poderia ser melhor se não fosse isso (méd. 04).

Eu considero a assistência aqui como muito boa, porque a despeito de todas essas fragilidades, principalmente de estrutura física, materiais e equipamentos, desse fluxo de atendimento que ainda está um pouco desorganizado, da falta de apoio dos serviços que estão interconectados conosco, de suporte laboratorial e de diagnose, etc. Eu considero a assistência como boa. Eu vejo que no geral a equipe multiprofissional é muito capacitada e tenta suprir estas falhas (enf. 3).

Constatou-se que os profissionais da instituição pesquisada encontram-se atualizados, sensibilizados e solicitam melhores condições de trabalho. A equipe multiprofissional expõe a necessidade de “condições favoráveis” para execução do trabalho e para alcance de melhores resultados.

A política de humanização é boa, contribui para melhorar a assistência, mas também acho que muita coisa ainda não foi implantada nas maternidades. Em muitos aspectos ainda temos falhas e está muito aquém se considerarmos o que está posto na política e pela RC. Isso vem ocorrendo de forma gradativa e acredito que com o tempo vai se concretizar. [...] Percebemos que muitos profissionais querem fazer a diferença, desejam realmente incorporar a política na assistência, mas existem muitos entraves que nos impedem. Nós profissionais precisamos de condições favoráveis para poder executar o que está descrito na política (enf. 03).

Sinalizam a existência de barreiras reais ligadas à falta de implantação da política nas maternidades da rede, impedindo-os de prestar o cuidado adequado em conformidade com o estabelecido na RC e nas recomendações de boas práticas de atenção à saúde materna e neonatal.

Para grande parte dos entrevistados é fundamental que haja maior investimento de recursos financeiros e gestão eficiente dos mesmos na atenção à saúde materna e neonatal, com o objetivo de atingir o atendimento das atuais necessidades de saúde da população.

Acho que chegar recurso financeiro é o principal, porque sem dinheiro não faz nada. Recurso para ampliar número de leitos, conforto das usuárias, aumentar profissionais, equipamentos, a estrutura toda. Temos excelentes projetos, mas sem dinheiro (resd. 01).

Primeiro eu diria recurso financeiro. O principal é recurso! Dinheiro! Para tudo, equipamento, medicamento, para tudo! Porque sem dinheiro você não faz nada! Ok?

Segundo, uma vez que o recurso entre, que as pessoas responsáveis por estes recursos saibam como utilizá-lo de maneira eficiente! (méd. 03).

Na percepção dos profissionais há o reconhecimento por parte da população quanto à qualidade da assistência ofertada. A perspectiva futura é esperançosa por parte dos entrevistados, pois o setor vive um momento de transição, com a realização de obras para ampliação e adequação de ambiência. Estes investimentos poderão em breve favorecer a melhor qualidade do atendimento e das condições de trabalho. Em referência à qualidade da atenção ao parto humanizado e natural, foi considerado que o serviço apresenta falhas, mas está em processo de mudança e melhorias estão ocorrendo progressivamente. De forma recorrente, foram apontadas as deficiências de recursos materiais, de estrutura e ambiência como causalidade de resultados negativos.

Acho que a população está satisfeita. [...] Em relação à qualidade da assistência prestada pelos profissionais, eu falaria que ela é ótima. Na qualidade de recursos materiais percebemos que temos deficiências, falta de medicamentos, falta de estrutura física, isso tudo nos impede de sermos melhores ainda e de fazermos nosso trabalho. Mesmo assim, não posso dizer que a maternidade do HU é ruim, precária. Não, ela é ótima! Uma maternidade que acredito estar passando por uma fase de transição, de obras e que haverá melhorias em breve (enf. 01).

Com relação à qualidade da assistência recebida do ponto de vista clínico, por ser um hospital geral onde se faz assistência à mulher e ao RN em condições de alto risco, que precisam de um acompanhamento rigoroso, o hospital é ótimo! Neste aspecto esse serviço é ótimo e maravilhoso! Com relação à humanização também está melhorando, isso é um processo. Acho que investindo e mudando a estrutura já é meio caminho andado, para que as coisas evoluam mais rápido (enf. 05).

Este entrevistado, considera que a humanização interliga-se ao conceito de cuidado e discorre sobre as transformações que necessitam ocorrer no processo de trabalho integradas as adequações de ambiência, favorecendo relações mais simétricas e horizontais entre gestores, profissionais e usuárias para proporcionar o cuidado integral e humanizado.

Acho que está mudando as relações, porque quando se fala de humanização se fala também de cuidado. Precisa de uma mudança de postura, mudança do processo de trabalho. Melhora muito mais significativamente do que se pensar só na estrutura isoladamente. Porque não adianta só pensar em criar toda uma estrutura completamente favorável e dentro das especificações, se a organização, a gestão e os profissionais não andarem no mesmo compasso e não contribuírem para o cuidado integral (enf. 04).

A qualificação e a integração das equipes de saúde são apontadas pela RC como recursos eficazes na transformação das práticas e na construção coletiva de novas estratégias para acolher e cuidar, onde a ambiência contribui ou interfere de modo (des) favorável no processo de mudança do modelo assistencial.

Na perspectiva do HumanizaSUS, para que as mudanças no modelo de atenção

ocorram, faz-se necessário transformações na gestão, bem como a valorização dos sujeitos implicados no cuidado, incluindo-se trabalhadores e usuários em todo o processo.

É necessário realmente que as pessoas incorporem, sabem que existe, mas ainda não incorporaram totalmente. Claro que começa por cada um, mas é necessário também que a gestão tenha este conhecimento e estimule, favoreça os profissionais e usuárias para isso. Percebo que há uma necessidade de avançar a obstetrícia nesse sentido da gestão e das condições de trabalho (enf. 05).

A oferta de condições adequadas de trabalho para o desempenho das atividades aos trabalhadores e transformações no processo de trabalho que valorizem e proporcionem o exercício da autonomia, a responsabilização, o processo criativo e participação efetiva dos envolvidos em todo processo (BARROS et al., 2007).

Em suas diretrizes o HumanizaSUS prevê a gestão participativa e a cogestão, expressa pela inclusão dos sujeitos no processo de análise e tomada de decisões em saúde. A criação desses espaços coletivos que favoreçam o contato e a circulação das diferentes perspectivas – pela ‘experimentação e organização rodas’, o conhecimento das necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010).

Campos (2000, 2010) sugere a construção de uma nova racionalidade gerencial – a cogestão, que parte da valorização da autonomia de trabalhadores e usuários, da construção de espaços coletivos de discussão e tomada de decisão em saúde participativas com abertura para novas formas de cuidado e trabalho em saúde, em busca da integralidade e ampliação da democracia institucional.

Para esta entrevistada há necessidade melhorar o planejamento e destaca o papel da gestão na identificação e análise dos problemas para tomada de decisão, canalizando recursos e os esforços para que ocorram as adequações e transformações exigidas, disponibilizando aos usuários atendimento em conformidade com suas necessidades e de boa qualidade.

Falta planejamento por parte dos gestores e de querer fazer a coisa acontecer, porque para ser eficiente você precisa identificar e listar causas raiz dos problemas e combatê-las. Então, a questão que eu coloquei que vivenciamos da falta de ambiência, vamos então reestruturar o ambiente, vamos querer modificar desde a entrada no serviço. Se a questão é tecnologia leve, se é tecnologia dura de equipamentos, de tudo isso. Então vamos canalizar os recursos para aquilo, vamos efetivar a mudança solucionando os problemas (enf. 03).

Encontramos neste discurso, relação com o planejamento estratégico-situacional proposto por Matus (1993), em seus quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional. Onde as “causas raízes” descritas, podem ser relacionadas ao que o autor denomina como nós críticos. A utilização da terceira pessoa do plural demonstra o quanto a entrevistada encontra-se sensibilizada e responsável com o coletivo para realização das

transformações.

O grupo de profissionais ressaltou que ao longo dos anos as políticas de saúde voltadas para assistência materno e infantil implantadas pelo MS e recentemente a RC, têm incentivado ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, elemento considerado essencial para alcance de melhores resultados.

[...] além de toda assistência multidisciplinar que antes não víamos tanto. Era uma coisa mais ligada ao obstetra, na nossa conduta. Hoje em dia não, temos a fisioterapia dentro da sala de parto fazendo os exercícios, vemos a enfermagem atuando em sala de parto. A participação de grupos de mulheres e doulas. Então, tudo isso vem contribuindo para tornar aquele momento menos assustador e mais humano para paciente. Melhorou muito a qualidade da assistência! (méd. 05).

As pessoas estão querendo participar, houve a inserção de outros profissionais, essa tem sido uma discussão na sociedade. Antes você via muito o médico, o papel do médico no hospital e hoje você vê mais o papel de toda equipe. Melhorou a assistência ao parto! (méd. 01)

Um novo contexto se apresenta, havendo engajamento de diferentes atores: das instituições, dos profissionais e da sociedade para transformação da assistência obstétrica. Progressivamente, a introdução destes outros atores como as enfermeiras obstetras e fisioterapeutas atuantes em sala de parto, contribuiu para que a assistência ao parto e nascimento torne-se menos médico-centrada, abrindo-se a possibilidade para criação de projetos terapêuticos singulares e responsáveis.

Entre os discentes entrevistados de ambos os cursos de graduação houve satisfação quanto à atuação da equipe multiprofissional para alcance do cuidado humanizado. A atuação da equipe multiprofissional foi considerada como boa e ótima para 78,45% dos discentes de medicina, enquanto que para enfermagem foi de 61,54%. Observou-se baixa insatisfação entre o total de entrevistados, a frequência daqueles que avaliaram a atuação da equipe multiprofissional como ruim ou péssima foi inferior a 2% (Tabela 3).

A valorização do cuidado especializado e diferenciado praticado por enfermeiras obstetras tem alcançado reconhecimento, através das contribuições que a categoria tem proporcionado para o alcance da humanização do parto e nascimento, para o cuidado integral e ensino no curso de residência médica.

Temos enfermeiros especializados em obstetrícia muito competentes! A enfermeira [nome] para mim ela é top! Aprendo muito com eles! As enfermeiras obstetras estão mais direcionadas para humanização, percebemos que o cuidado com a gestante é diferente. A paciente se sente segura e você como médico também. Naquela enfermaria que tem uma enfermeira obstetra de plantão eu fico mais tranquila. Não quer dizer que vamos deixar de prestar assistência à mulher, mas com outro profissional qualificado, dando assistência ali você fica mais tranquilo!(resid. 03).

A competência técnica dos profissionais, aliada ao compartilhamento e distribuição das atividades de cuidado respeitando seus papéis e áreas de atuação profissional foram destacados como fatores favorecedores do cuidado humanizado. Transmitem segurança entre os integrantes da equipe de saúde no desempenho das atividades e principalmente para as usuárias do serviço.

Para o grupo de residentes, a integração da equipe multiprofissional e interdisciplinar foi reconhecida como fator contribuinte na formação durante a residência médica, a partir do aprendizado adquirido através da prática coletiva do cuidado. Interpretaram não haver distinção ou hierarquia de valor entre os conhecimentos transmitido pelos preceptores das diversas categorias profissionais, demonstrando haver avanços para superação de lutas de classe ou corporativismos. Por outro lado, alguns dos entrevistados divergem dos demais, ao avaliarem que a assistência ainda não atingiu nível adequado de integração da equipe multiprofissional e interdisciplinar, ponto importante para superação da fragmentação do cuidado.

Para esta residente entrevistada, o relacionamento interpessoal harmonioso e respeitoso entre os componentes da equipe multiprofissional, com aqueles profissionais considerados ‘mais humanizados’, exercem influência positiva na formação discente e a posteriori em sua atuação profissional. percepção compartilhada por outro profissional médico e preceptor da residência, atuante na área de obstetrícia há cerca de 10 anos, que durante a carreira tem compartilhado e adquirido conhecimentos em serviço junto a outras categorias profissionais.

Com relação à humanização na obstetrícia eu aprendi muito aqui. Tanto os staffs médicos quanto com os enfermeiros. O enfermeiro [nome] é um monstro na obstetrícia e ensina muito a fazer um parto humanizado. Um parto normal assim lindo, que dá vontade de chorar! A contratação de enfermeiros obstetras em uma maternidade é muito importante, porque vai dar uma assistência melhor, direcionada e qualificada. Contribui e faz um diferencial! [...] um staff que é mais humanizado, que tem um contato melhor com os enfermeiros e fisioterapeutas, com a paciente, então você acaba se aproximando mais destas pessoas e se espelhando nelas. É natural, então se você vê coisas boas, você acaba fazendo coisas boas. (resid. 03).

Minha formação foi construída na residência e também foi muito moldada nesse contato multiprofissional. [...] E muita coisa partiu de mim mesmo. [...] Aprendi muito com o enfermeiro daqui, quando eu era residente. Coisas assim, que infelizmente eram falhas na formação médica do obstetra, da residência. E graças a Deus, tive oportunidades de contar com eles e ir me desenvolvendo (méd. 05).

Segundo alguns os profissionais, cada categoria profissional têm contribuído “isoladamente” cada qual em suas respectivas áreas, porém ainda não ocorre o favorecimento de práticas compartilhadas, que seja discutido, elaborado e proposto um projeto terapêutico

diferenciado focado nas necessidades de saúde das usuárias e nas diretrizes clínicas. Para outros entrevistados, há uma parcela destes profissionais que se encontra em processo de apropriação de seus papéis na equipe e empenham-se em aplicar o que está proposto pela RC.

Então um dos empecilhos que eu vejo hoje para efetivação da humanização e para qualidade da assistência é a falta do trabalho de equipe multidisciplinar, para uma assistência mais integral mesmo. Hoje nós temos contribuído cada um isoladamente [...]. Termina que o trabalho de um vai se somando com do outro e o foco principal disso vai ser a paciente. Senão vai ficar tipo, médico passa uma conduta, enfermeiro que faz outra e o fisioterapeuta acha outra... Então se trabalharmos juntos, dessa forma vamos fortalecer a assistência e a efetivação da RC (enf. 05).

Já houve a inserção de outros atores como o enfermeiro obstetra e também do fisioterapeuta. Esses novos atores ainda não se apropriaram completamente da política do MS na sua prática assistencial, digamos que de forma tímida, mas estão em processo. São atores que agregaram muito na qualidade da assistência, trouxeram um olhar diferenciado (enf. 04).

Acho que se esses momentos são fundamentais que pudessem ser com a participação de diversos profissionais, multidisciplinar. Desde o psicólogo, o fisioterapeuta, os enfermeiros. Onde pudéssemos compartilhar experiências. [...] São poucos esses momentos! São reuniões mais internas e acontecem apenas focadas na residência. Nem todos profissionais obstetras participam, quem está mais por conta da residência participa, vários nem sabem o dia e o que estão discutindo (méd. 05).

Dentre as medidas para incentivo e incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento previstas na RC, inclui-se a inserção das Doulas nas maternidades e Casas de Parto, como estratégia para fornecer a mulher e seus familiares o apoio físico e emocional, além da redução do tempo e número de intervenções desnecessárias durante o TP. O exercício da profissão das Doulas é reconhecido na Classificação Brasileira de Ocupação, sob o código 3221-35. Em João Pessoa/PB, o Projeto de Lei nº 907/2015, permite a presença das doulas durante o pré-natal, parto e o pós-parto, se aplica ao sistema público e privado, devendo ser proporcionado sempre que o serviço for solicitado pela gestante.

Neste estudo constatou-se que ainda não havia sido iniciada a implantação da participação das Doulas na assistência ao parto no HU. Os entrevistados não souberam informar os motivos, mas reconhecem como positiva a inclusão destas na assistência.

[...] Eu não sei o motivo. Na política está previsto e existem vários estudos que demonstram as vantagens da presença das doulas durante o trabalho de parto. Eu não saberia o motivo de não ser implementado aqui ainda que haja recomendação formal do Ministério da Saúde (méd. 03).

Um número reduzido de participantes da categoria médica considera haver dificuldades para incorporar este ator no cuidado. As justificativas basearam-se na falta de determinação do papel das doulas na equipe multiprofissional, na qualificação insuficiente das mesmas para participação na assistência hospitalar, falta de regulamentação do exercício

profissional, além da delegação equivocada de procedimentos e cuidados médicos por parte de alguns profissionais. No grupo de residentes também se observou resistência, a presença das doulas foi considerada importante no processo de humanização ao parto. Entretanto, foram tecidas ressaltavas quanto à necessidade de melhor regulamentação frente aos órgãos de exercício profissional e definição do seu papel assistencial.

Essa introdução das doulas, considero que é mais um passo para humanização. Mas é polêmico e precisa ser bem colocado alguns pontos, ser discutido e fiscalizado. É um avanço no que se refere à humanização, no sentido de dar um apoio e uma força, que é o que uma doula faz. Para facilitar e incentivar o parto normal (resid.01).

Isso não vai ser legal para própria paciente, o profissional e nem ao conjunto. Eu não sou a favor de pessoas que fazem aí um curso de 1, 2, 3, 6 meses, o que seja e toma conduta ativa. O que seria conduta ativa? Fazer parto! Exercício até que vai, apoio psicológico vai lá, mas de conduzir a coisa, não! Porque alguns dos próprios colegas confundem o papel da doula. [...] acho que nisso aí cada um tem que ter o seu papel definido de forma que ninguém ultrapasse aquele limite. E o médico também, porque é negligencia fazer isso, achar que aquela forma de assistência está suprimindo uma necessidade dele. Graças a Deus que a maioria dos partos não complica, mas uma minoria sim. Aí você está se expondo a um risco profissional e a saúde da paciente também (méd. 01).

No Brasil, o papel das doulas ainda é pouco reconhecido e validado pela sociedade, permanecendo muito restrito ao atendimento nas maternidades como um trabalho voluntário ou de contratação da própria parturiente. Profissionais de saúde também demonstram resistência com a presença de mais um acompanhante na cena de parto para dar suporte e assistir a mulher no processo de parturição (SILVA et al., 2012)

Para os entrevistados o ensino acadêmico exerce papel fundamental no alcance da assistência obstétrica humanística, formando profissionais sensibilizados e capacitados para as atuais necessidades na assistência materna e neonatal. O HU devido à sua característica de instituição formadora de recursos humanos em saúde, protagoniza papel de destaque na rede SUS, considerado um modelo a ser seguido por demais maternidades em promover, apoiar e transformar a prática assistencial baseada no conhecimento científico e no cuidado humanizado à saúde do binômio.

Por ser um hospital escola tem todo um academicismo por traz que facilita o processo de humanização. O ensino contribui bastante! De querer ensinar e passar aos alunos, cada vez mais cedo se percebe a introdução da humanização na assistência de uma forma mais real. Ensinando mesmo como se faz (resid. 01).

Aqui deveria ser sim um ambiente de promoção e mudança das práticas. Principalmente a partir da universidade federal, a maior universidade da PB. O exemplo deve ser dado a partir daqui. Essas mudanças têm que ser iniciadas aqui, temos o dever e somos o modelo da rede (méd. 05).

A formação médica da instituição tem se modificado nos últimos anos, buscando

suprir deficiências curriculares no campo da humanização da assistência, fator que tem contribuído para transformação da prática assistencial no HU e adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, cujos resultados positivos têm sido observados.

Os profissionais do HU estão muito engajados nesta questão. Até por todo um contexto que foi criado. Percebe-se que houve mudanças, um tempo atrás havia uma deficiência grande na formação médica neste aspecto da humanização. Os novos obstetras que estão se formando são muito mais atentos e preparados. Muito melhor! (méd. 01)

Eu como graduanda daqui observo que isso começa cedo mesmo na graduação. Os professores já vão iniciando este trabalho de humanização do profissional, conversando e com aulas também. Quando chegamos na residência, temos um pouco de conhecimento que é aprofundado no campo da Obstetrícia (resid. 03).

Averiguou-se a ocorrência de um período de transição para consolidação do modelo assistencial humanístico no HU, com a convivência de duas gerações ou grupos de profissionais com percepções divergentes e conflitantes. Foi exposto pelos diversos grupos de participantes, que profissionais com formação atualizada ou mais jovens, tendem de modo geral a adoção de condutas baseadas em protocolos clínicos e voltadas para realização das boas práticas e ao parto natural/humanizado. Ao contrário, as equipes com profissionais antigos e/ou desatualizados, tendem a realização de práticas não recomendadas e/ou foram consideradas intervencionistas. Neste contexto, a formação tem desempenhado função essencial na transmissão de conhecimentos que favoreçam a mudança do modelo assistencial e para alcance de melhor qualidade.

Tem muito a questão da cabeça dos obstetras que são mais antigos e que estão há mais tempo, eles são mais cesaristas [...] É complicado às vezes você atuar. Com os Staffs jovens percebemos que a formação é diferente da anterior, que está mudando o padrão do atendimento. Os mais antigos a maioria têm um pé atrás, uma resistência de não deixar o parto transcorrer de forma mais natural (resid. 01).

[...] quando se têm muitos anos de profissão e que se acumula uma prática profissional intervencionista dificulta. Como o uso das episiotomias, o uso de manobras durante o parto que são altamente caracterizadas por uma violência institucional, um desrespeito ao corpo, um desrespeito à mulher. Nós ainda vemos isso! Vemos em todas as maternidades! (docente 01).

Quando nós estamos diante de serviços de saúde que têm profissionais com a formação mais antiga, mais tradicional, as práticas de saúde que consideramos não recomendadas, ainda são muito realizadas. Trazem a tradição lá de trás com muita intervenção. Já profissionais de formação mais recente percebo a diferença. E no hospital escola também ocorre. [...] os profissionais estão se aprimorando, temos a residência médica, a maioria está atualizada e seguindo as recomendações (enf. 06).

Apesar da convivência destes dois contextos assistenciais, aponta-se futuramente para superação dessa realidade, uma vez que estes profissionais têm sido questionados e incentivados para transformação de suas condutas por integrantes de suas equipes, bem como

pelos discentes que demonstram autonomia, resistência e argumentação teórica na defesa do que consideram ser a assistência mais adequada e melhor para a mulher. Profissionais que vivenciaram em sua trajetória profissional no HU, enquanto discentes e atualmente desempenham as funções de ensino e assistência, reconhecem que têm ocorrido progressos importantes para o alcance da assistência obstétrica humanizada no serviço.

Acho bom é que a equipe e nossos estudantes estão ali, já identificam e têm uma visão de que aquilo não é o melhor para paciente. Não é o recomendado. Muitas vezes, estudantes permanecem na sala ou até mesmo auxiliam porque estão sob a supervisão do staff. Como hoje, a staff disse:

_Faça a episio.

Daí a residente respondeu:

_Não doutora o bebê tá aqui já, o períneo é bom.

Então a residente já tem um momento de discutir, de resistir. E não fez mesmo! É muito gratificante vermos estas atitudes! (enf. 06)

Na minha residência havia muitos preceptores antigos, eram muito intervencionistas em termos de episiotomias, Kristeller, manobras de aceleração do trabalho de parto, faziam muitos procedimentos para diminuir o tempo de trabalho de parto e de período expulsivo. A intenção era o bebê nascer o quanto antes e provavelmente melhor. [...] Atualmente entrou um grupo mais jovem, com a cabeça mais aberta, de seguir protocolo mesmo e de indicação mais formal de cesariana. Está melhorando e muito! Esse processo acaba influenciando positivamente na assistência e na formação dos graduandos ou residentes (méd. 04).

Ficou evidenciado o zelo da instituição por proporcionar às usuárias tratamento adequado, sem que estas sejam submetidas a procedimentos desnecessários em favorecimento do aprendizado dos discentes da residência médica em Ginecologia/Obstetrícia e alunos de graduação de todas as áreas. Ressalta-se que essas habilidades podem ser aprimoradas e desenvolvidas através de cursos e treinamentos voltados para situações de urgência e emergência obstétrica, utilizando-se materiais e simuladores artificiais atualmente disponíveis em mercado.

Na perspectiva dos residentes, o treinamento de procedimentos sem indicação criteriosa com o objetivo de aprendizagem é uma prática recorrente em outras instituições, o que configura casos de violência obstétrica. Corretamente, não são praticados e desencorajados a serem realizados na instituição. Por outro lado, residentes referem que a falta da prática clínica de alguns procedimentos gera insegurança para atuação profissional exigida futuramente, pois há exigência de conhecimento e habilidades para atendimentos nas urgências obstétricas com segurança e êxito.

O uso do fórceps, aqui praticamente não usamos. Tem serviços que usam fórceps sem a paciente ter a indicação, fazem de rotina para que o residente saiba fazer em uma situação de alto risco ele vai estar preparado em utilizar o fórceps. [...] Faz só mesmo para treinar. Aqui não! Eu nunca fiz um fórceps em um parto vaginal ou numa cesárea. E se eu precisar fazer um fórceps? Eu vou fazer como? Se eu nunca

vi! Eu não sei fazer. Mas temos que preservar o direito dela. [...] Então, eu tenho muito medo de sair incapaz de fazer sozinha alguns procedimentos (resid. 02).

Estudo realizado por Hotimsky (2007) constatou a existência de pressões situacionais externas na indicação de procedimentos no centro obstétrico, não exatamente ligados às indicações clínicas e ao bem-estar materno e fetal, mas ao estabelecimento de rotinas e protocolos clínicos de serviço, com a prevalência da autonomia profissional e relações hierárquicas de poder e gênero, comumente sem autorização das mulheres. Especificamente sobre o uso do fórceps, a utilização da nomenclatura “fórceps didático” em substituição ao “fórceps de alívio”, sem indicação clínica e com fins didáticos. Em uma das maternidades escola pesquisada estabeleceu-se como protocolo de serviço para todas primigestas. A naturalização da prática também foi observada na conformação da organização dos plantões, no estabelecimento de padrões de atendimento em função do tempo e do processo de trabalho, nomeada entre estudantes como “fórceps de alívio do obstetra”.

A ocorrência do uso do fórceps somente com o objetivo de treinamento e aprendizagem discente em outras maternidades da rede SUS corrobora com o quadro de violência obstétrica atrelada a atividade de ensino apontado por Diniz (2016). Segundo a autora, no Brasil o ensino de obstetrícia aos alunos de medicina, enfermagem e de outras profissões da área da saúde condiciona a realização de procedimentos ao processo avaliativo, prioriza-se o desenvolvimento das habilidades técnicas e cirúrgicas, sem a devida reflexão ética e dos direitos reprodutivos. Os abusos institucionais praticados são normalizados, havendo a cultura do ensino desinformado e sem consentimento das parturientes, especialmente de mulheres pobres e usuárias do SUS – a “Vagina-escola”.

Uma das usuárias entrevistadas por este estudo, relatou ter sido vítima de violência obstétrica em outra maternidade da rede do município de João Pessoa/PB, durante diversos momentos da internação para indução do trabalho de parto. Usuária realizava pré-natal de alto risco nesta maternidade, por mal passado obstétrico e gestação atual gemelar, com morte intrauterina de um dos fetos em torno de 10 semanas de gestação.

Eu acredito que eu tenha sofrido algum tipo de violência obstétrica. Porque eles tentavam dilatar de todas as maneiras o meu colo, com o dedo, com a mão. E eu sofria demais, era muita dor! Era muito ruim! Eu reclamei muito. Mas não adiantava!

Aí quando foi com 40 semanas o médico da alta foi e fez assim comigo:

_ Olha você só apareça aqui de novo somente quando você estiver com muita dor, mas dor de nem mais conseguir andar.

[...] Só que no caso eu não estava tendo era dilatação, não estava evoluindo e nem acontecia nada. Quando foi com 41 semanas e 02 dias eu resolvi vir para cá por causa disso.

Quando eu vim para o HU na sexta-feira passada, a médica falou:

_ Olha você venha aqui na segunda se até lá não acontecer nada. Vamos aguardar. É como era de se esperar, não aconteceu nada!
 [...] Na segunda quando cheguei, ela me internou e começou a indução.
 [...] algumas pessoas já tinham falado do HU, que o atendimento daqui era muito bom e tudo. Eu acabei optando em vir para cá. Foi totalmente diferente a indução. E gostei muito daqui! (usuária 09)

O relato da entrevistada acima demonstra a ocorrência de mais um entre os diversos casos de violência obstétrica, ocorridos nas instituições de saúde e que raramente são concretizadas em denúncias ou são tomadas medidas legais punitivas, ainda que a usuária tenha consciência da violência sofrida. Através do discurso da usuária se constata diversos maus-tratos praticados pelos profissionais de saúde que a atenderam em outra maternidade pública do município, incluindo-se: a violência verbal, violência obstétrica durante o exame físico e administração de medicamentos, excesso de procedimentos e sua continuidade mesmo diante da recusa e queixas frequentes de dor, além da ameaça velada de recusa de atendimento, ao indicar que procurasse a unidade novamente somente em caso de dor extrema – com intensidade que a impeça de andar.

Os resultados qualitativos e quantitativos desta pesquisa apresentaram dicotomia quanto à violência obstétrica ocorrida no HU pesquisado. Nenhum dos participantes dos grupos entrevistados (profissionais, docentes, residentes e usuárias) considerou a existência de qualquer tipo de violência ocorrida no setor. Em contrapartida, na percepção dos estudantes que responderam aos questionários houve situações caracterizadas por violência para 23,23% e ao considerar apenas percepção dos acadêmicos de enfermagem o percentual sobe para 33,33%. O tipo de violência mais frequente assinalado foi a verbal (10,32%), seguida da violência psicológica (7,10%) (Tabela 3).

Estudo realizado em maternidades públicas de Recife constatou que 5% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência durante a internação obstétrica, a violência psicológica (56%) e a verbal (24%) foram as mais citadas pelas usuárias (SILVA, 2016).

No Brasil, estima-se que cerca de 1/4 das mulheres sofrem algum tipo de violência durante a assistência ao parto e 1/2 delas em casos de abortamento (VENTURI; GODINHO, 2013). Revisão narrativa sobre a violência obstétrica, concluiu que no Brasil não há consenso sobre o conceito de violência obstétrica, ainda que haja comprovação da ocorrência disseminada nas instituições de saúde por todo país. Demonstrando a necessidade de melhor especificá-la nos documentos legais e para a criminalização desta prática. A ausência de mecanismos formais que penalizem os maus-tratos e os excessos de intervenções desnecessárias dirigidas às parturientes, favorece a permanência do ciclo de violência institucional, onde raramente as mulheres conseguem comprovar em denúncias ou mesmo se

silenciam diante da violência sofrida (ZANARDO et al., 2014).

Segundo Organização Mundial da Saúde (2014), ainda não há cientificamente consenso em definir estes problemas e mensurar seus impactos sobre a saúde das populações. Dentre os relatos de desrespeito e abusos nas instituições de saúde, citam-se: violência física, humilhações, agressões verbais, procedimentos não consentidos ou coercitivos, ausência de confidencialidade e privacidade, recusa em realizar cuidados e analgesia, abandono, recusa de prestar assistência ou internação, cuidados negligentes com riscos de complicações evitáveis e com risco para vida das parturientes e dos recém-nascidos, dentre outras.

De acordo com Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013), as condutas consideradas como violentas de diferentes tipos dirigidas as pacientes nas maternidades, muitas vezes são comuns e consensuais entre profissionais, que por razões diversas a confundem com o exercício de autoridade e poder, constituindo-se relações desiguais de gênero que impedem a expressão livre das mulheres e provocam interdições sobre sua sexualidade e de desrespeito aos seus direitos.

Tesser et al. (2015), consideram a prevenção quaternária essencial para o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil. Indica ações ligadas a duas frentes: a primeira envolve ações de cuidados e atuação clínica de apoio às gestantes e puérperas, de forma participativa nos 'planos de parto'; a segunda seria o suporte e a participação social para a conquista da humanização da assistência reprodutiva, envolvendo os movimentos de mulheres de forma a dar visibilidade e buscar soluções para este grave problema de saúde pública.

Na instituição pesquisada avanços têm ocorrido para transformação de condutas/rotinas e estabelecimento dos protocolos clínicos baseados nas recomendações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Houve consenso entre os entrevistados de que a maternidade do HU tem buscado alcançar a concretização do modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento, com empenho da equipe para implantar e adotar mudanças nas rotinas e protocolos para adequado atendimento ao binômio.

Os protocolos depois de tanto tempo estão sendo discutidos, porque não existiam protocolos claramente definidos. [...] Existe uma grande luta da categoria. E protocolo é tudo num serviço! Tá sendo trabalhado, montado e acredito que até o final do ano estará tudo prontinho (méd. 03).

A assistência no HU foi considerada estar embasada nas boas práticas clínicas por mais de 80% dos estudantes, demonstrando a alta satisfação deste grupo. Entre os discentes de medicina a aplicabilidade das boas práticas clínicas de atenção ao parto e nascimento foi

classificada como boa e ótima para 79,31%, enquanto que para a enfermagem foi de 58,98% dos estudantes (Tabela 3).

Algumas práticas consideradas desnecessárias ou não recomendáveis foram apontadas como superadas pelos entrevistados do serviço, tais como: o uso da dieta zero, a realização da tricotomia e do fleet enema, berçário para RNs saudáveis, clampeamento imediato do cordão umbilical, rotina de aspiração gástrica e de vias aérea superiores dos RNs e o uso do oxigênio inalatório. Paralelamente observou-se que estão implantadas no serviço várias práticas consideradas recomendáveis, tais como: uso do partograma; incentivo ao aleitamento materno precoce e contato pele a pele em SP; alojamento conjunto instituído; implantado o posto de coleta de leite humano; redução de luminosidade e ruídos na sala de parto, adiamento dos cuidados aos RNs como banho e antropometria.

Deveríamos pontuar o que é que temos: para a paciente em trabalho de parto a dieta é livre; a indução ao trabalho de parto com misoprostol em casos de pós-datismo, com indicação; [...] redução de ruído e luminosidade na SP. [...] Colocar o bebê ao seio materno, no contato pele a pele. Não separar o binômio, mesmo na cesárea trazer o bebê do bloco cirúrgico junto com a mãe. Clampeamento tardio do cordão umbilical.[...]Então, assim eu vejo que os profissionais estão tentando e melhorando, estão empenhados em cumprir as recomendações (enf. 03).

São várias as boas práticas alcançadas, como: não episiotomia de rotina e ao parto instrumental desnecessário; não a dieta zero; não a tricotomia; não ao fleet enema; não ao berçário. Temos alojamento conjunto com estímulo ao aleitamento materno precoce em SP; não clampeamento do cordão automaticamente. Já vão aí nove! Estímulo ao parto normal, ao parto natural. A desmistificação que o parto é um problema de saúde, quando na verdade é um ato fisiológico. [...] Considero que do ponto de vista técnico a mudança foi muito significativa! (méd. 03).

Em processo de transformação, no horizonte dos objetivos a serem alcançados, foram citados principalmente: o alcance de taxas menores de cesarianas e episiotomias, redução do uso da ocitocina; a verticalização do parto e a livre escolha de posição pela parturiente. Os profissionais entrevistados consideraram que tem havido na instituição redução significativa das cesarianas em pacientes de alto risco, bem como das episiotomias de rotina em primíparas.

[...] o uso da ocitocina eu vejo como frequente, infelizmente. Houve diminuição do número de cesáreas. Isso principalmente nas pacientes de alto risco, onde aqui praticamente 100% dessas pacientes o tipo de parto de escolha era o operatório. [...] A episiotomia tem sido mais criterioso, não é de rotina, em primíparas praticamente 100% eram submetidas. Mas nos dois sentidos precisamos avançar! (enf. 04).

A assistência está mais humanizada, com menos cesáreas, medicamentos e intervenções obstétricas, como a episiotomia que houve uma redução muito significativa. A espera da evolução natural do trabalho de parto melhorou muito. [...] Aquele comportamento com intervenções e aceleração do TP quase não se observa. Está se respeitando mais (méd. 05).

A verticalização do parto ainda está deixando um pouco a desejar, só temos uma mesa de parto que faz posição sentada ou semi-sentada, precisaríamos de banquetinhas, cavalinhos, mais bolas. Estamos utilizando o partograma. [...] Uso de misoprostol e ocitocinas com indicações específicas também conseguimos. Enfim, vejo que é preciso adaptar melhor a sala de parto para fazermos um parto mais natural (méd. 02).

O estudo constatou que as adequações vêm correndo de forma gradativa na maternidade, entretanto ainda permanecem muitos obstáculos não superados na rede SUS e internamente no HU. Situações que têm comprometido o alcance de resultados mais significativos em termos de qualidade da atenção e alcance do modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento. Evidenciada a necessidade de melhorar a organização e o acesso, ampliar a oferta de vagas, melhorar a estrutura e ambiência da maternidade, fortalecimento e integração da equipe multi e interdisciplinar, aumentar a resolutividade e aplicação adequada dos protocolos terapêuticos para alcance dos objetivos propostos na RC, proporcionar assim o cuidado com qualidade e em momento oportuno.

De acordo com as RAS, as práticas de saúde devem centrar-se nas necessidades dos usuários e no cuidado integral, com a capacidade de acompanhamento e manutenção do vínculo com os usuários durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde desde a identificação da demanda até que a mesma seja sanada. A presença de profissionais capacitados e de diferentes formações, trabalhando de forma articulada e compartilhada contribui para ampliação da capacidade de cuidado das equipes de saúde. Portanto, a transformação no funcionamento dos serviços e renovação das práticas de saúde com vistas ao alcance do modelo de atenção à saúde organizado em redes, interliga diversos elementos necessários: acolhimento, responsabilização, resolutividade, vínculo, trabalho em equipe multi e interdisciplinar e a integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

5.4 Estrutura e ambiência: o intervalo entre a realidade e as necessidades do serviço

Ambiência para Política Nacional de Humanização “[...] refere-se ao espaço físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”. As maternidades devem promover intervenções no espaço físico que incluem reformas, ampliações e construções para sua adequação. Os projetos arquitetônicos devem ser discutidos e compartilhados por todos envolvidos visando melhorar as condições e o processo de trabalho que contribuam para o processo de mudança e adesão as boas práticas e humanização do parto e nascimento. O Centro Obstétrico é considerado local prioritário. Assim como é indispensável instalações

adequadas com conforto e privacidade para a mulher, acompanhantes e o bebê desde a porta de entrada com a implantação do acolhimento e classificação de risco, além da garantia ao Alojamento Conjunto (BRASIL, 2011b, p. 20).

De acordo com a proposição de avaliação da qualidade através da Tríade estrutura-processo-resultados proposta por Donabedian (1980, 1990), a avaliação da estrutura e ambiência da maternidade apresentou diversas inadequações, sob diferentes perspectivas dos atores envolvidos, de acordo com suas necessidades ou prioridades. Os profissionais consideram que a estrutura é ineficiente, aliada ao baixo investimento de recursos financeiros e a falta de espaço físico para as modificações necessárias, o que tem afetado a organização do setor e dificultado a implantação e/ou continuidade do cuidado humanizado.

As inadequações de estrutura física e ambiência têm sido um obstáculo importante para a concretização do modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento do HU, na perspectiva de todos os grupos de entrevistados. A estrutura e organização da assistência atual favorecem a manutenção do modelo assistencial intervencionista na prática obstétrica, conforme explicitado pela análise docente.

A estrutura atual favorece a medicina ou qualquer outra área intervencionista, não humanizada. Então, o que se preconiza para a humanização da assistência já não acontece desde a porta de entrada dessa mulher, na estrutura hospitalar e na clínica obstétrica (docente 01).

Para diversos entrevistados a arquitetura de um hospital geral, projetada há muitas décadas não atende várias das especificações constantes na RDC nº 36/ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação técnica para funcionamento dos serviços de obstetrícia desde o ano de 2008. E mais recentemente, pela Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013, que institui diretrizes específicas para o funcionamento e organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, com estabelecimento dos critérios para habilitação e implantação dos serviços de referência, em conformidade com a RC (BRASIL, 2013b).

A estrutura não é a adequada, não é a recomendada, não facilita a humanização. Há muita necessidade de mudanças! (enf. 06).

A estrutura do hospital que é muito antiga, não foi projetada para o ambiente que precisamos. A demanda é excessiva, porque dispomos de pouco espaço e poucas enfermarias (enf. 04).

Agora por ser um hospital geral, universitário e a demanda que temos hoje de necessidades de saúde da população, com eminência de resolução dos problemas que eu considero urgente. Os recursos dos hospitais universitários há muito tempo vêm sendo sucateados! Talvez por isso não priorizem determinadas áreas, como por exemplo, a maternidade (enf. 04).

No quadro de ações estratégicas e metas estabelecidas, que inserem o Hospital no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), em 2013 foram identificadas as necessidades e traçadas metas a serem alcançadas no prazo de um ano, momento que o hospital passava pela transição para gestão da EBSEH. Foram descritas na ocasião as seguintes metas relacionadas à estrutura e ambiência para assistência materna e neonatal:

[...] reativará 4 leitos obstétricos, 4 berços de alojamento conjunto, 1 leito de UTIN e 1 leito de UCIN convencional e abrirá 4 novos leitos de UCIN canguru, mantendo 100% dos leitos sob regulação, com uma organização que garanta o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, implementando também boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2013, p.47).

Em 2016, momento da realização da coleta de dados da pesquisa, a maternidade do HU passava por obras de reforma e ampliação, conforme observado durante as visitas de observação ao serviço. Os entrevistados não souberam informar e não houve acesso ao projeto final que descrevesse de forma detalhada a capacidade de leitos, as adequações de estrutura e ambiência futuras, a fonte de financiamento, a inserção do HU em projetos de ampliação e reformas previstas na RC, dentre outros. Considerando-se esta uma fragilidade do estudo, pois estas informações poderiam auxiliar nas projeções de resultados futuros para qualidade da assistência no HU.

Os achados de pesquisa serão apresentados categorizando-os em subitens relativos à estrutura e ambiência, comparando-os aos padrões de atendimento previstos na reestruturação da rede e da própria maternidade pela RC para o componente parto e nascimento.

5.4.1 Insuficiência de leitos obstétricos e funcionamento da Central de Regulação

A falta de vagas foi elemento marcante em quase a totalidade das entrevistas realizadas com os profissionais. Para este grupo de participantes a falta de leitos obstétricos no HU e na rede SUS do município de João Pessoa/PB, têm dificultado o trabalho assistencial da equipe de saúde, reduz a qualidade da assistência e não propicia o cuidado humanizado. Relaciona-se principalmente ao baixo investimento de recursos financeiros para ampliação, reformas e criação de novos serviços para atendimento da população.

Algo que trava muito e que de certo modo torna desumano nessa questão do nascimento, tem sido o número de leitos. O número de leitos diminuiu. Então, aumenta a população e os leitos diminuem? Essas duas questões precisam ser resolvidas: a regulação e número de leitos. [...] É muito crítico! Muito! (méd. 05)

Aqui falta normalmente o que vem faltando em toda rede, recurso financeiro. Porque você não tem investimento na quantidade de leitos necessários para atender demanda (méd. 03).

Como reflexo da falta de leitos obstétricos na rede, tornou-se comum as internações em corredor, conforme evidenciado no relato de diversos entrevistados. Durante as visitas de observação ao setor, constatou-se a presença de camas e berços instalados nos corredores devido à falta de vagas no alojamento conjunto. Quanto ao número de puérperas internas nesta situação em cada visita, houve oscilação entre uma e quatro pacientes.

Aqui o que eu acho pior é a falta de vaga, sempre tem cama no corredor ultimamente. [...] Também estamos sofrendo muito com a questão das transferências, porque as maternidades estão todas sempre superlotadas (méd. 04).

Como o número de leitos nosso do HU é muito pequeno, é frequente não termos vaga. Com pacientes em corredor, sem ter mais como receber e precisando de mais pacientes serem reguladas (enf. 06).

Outra entrevistada expõe a dificuldade em implantar as recomendações da RC, por falta de estrutura física e carência de leitos obstétricos. Aponta que HU realizou diversas tentativas de implantação de uma enfermaria Canguru, porém até o momento não se concretizou.

Fala-se na RC, mas sem a estrutura física. O Canguru, por exemplo, ficou uma enfermaria de dois leitos para isso. Algumas vezes os leitos são ocupados por pacientes que não são do Canguru, porque não temos onde colocá-las por falta de vaga. Se não tem vaga e chegou paciente em trabalho de parto fica! (enf. 01)

A falta de vaga obstétrica no HU e na rede, também impossibilita ao serviço a garantia do direito à gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá a assistência ao parto.

Eu acho incrível que gestantes façam o pré-natal, em distintas regiões do país, em PSFs ou nos hospitais, mas não sabem onde vão ter os seus filhos. Então isso é inadmissível! Isso é o mínimo! A paciente faz todo o pré-natal conosco, ela tem uma esperança [...], que quando entrar em trabalho de parto, o mesmo hospital que a acolheu durante o pré-natal acolherá o seu trabalho de parto. E quando ela chega aqui, normalmente não tem vaga. [...] Ela não tem opção! Qual o hospital acolhe? Quem vai atender essa paciente? Então cadê a humanização? Seu direito? Ela quer ter seu parto aqui. Ela é paciente daqui. Mas, elas não têm escolha! (méd. 03).

Ainda não é assegurado este direito para as gestantes que realizam o pré-natal de alto risco no serviço, conforme relato abaixo. O direito das usuárias ao conhecimento e vinculação à maternidade é garantido pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, também descrito na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que instituiu a RC no âmbito do SUS (BRASIL, 2007, 2011a).

Para diversos profissionais engajados em prestar o atendimento qualificado e tornar o parto uma experiência positiva para as mulheres e familiares, a impotência frente aos problemas e obstáculos encontrados resulta no descumprimento das recomendações, fato que gera frustração para ambos. Claramente identifica-se a criação de vínculo entre usuárias e profissionais que desejam proporcionar o acolhimento digno, em que todos os direitos sejam respeitados e compatíveis com necessidades das parturientes.

Está até previsto na RC, por exemplo: ela ir na maternidade e conhecer, saber como é. Seria uma referência para ela, fazer o pré-natal naquela mesma área, já sabendo qual seria a maternidade dela. Então a mulher conheceria e passaria por todas essas etapas. Mas quando ela chega para ter o bebê não tem vaga e transfere para outro local. Um local desconhecido e longe de casa. [...] Puxa vida! Ela fez o pré-natal todo conosco, veio em todas as palestras e não vai dar para ficar no HU. Se isso frustra o profissional, imagina essa paciente que estava se preparando a gestação inteira para esse momento ali! (méd. 05)

Para algumas usuárias a expectativa é de receber o atendimento, de haver a vaga para que tenham seus filhos com segurança. As condições ofertadas, mesmo quando inadequadas são naturalizadas, passam despercebidas e/ou têm baixa relevância. Conforme o relato abaixo, a usuária aguardou por uma vaga mais de 06 horas, sentada no corredor em TP sem conforto e privacidade. O fato de receber assistência, atenção dos profissionais, alimentação e garantia de que teria o filho em uma maternidade foram suficientes para esta usuária sentir-se satisfeita e qualificar o atendimento como “ótimo”.

O atendimento daqui é ótimo! Demorou um pouco porque não tinha vaga, aí eu fiquei esperando no corredor umas 06 horas. Eu cheguei aqui às 10 horas, fui internada já era umas 4 horas. [...] Foi, porque eu não estava sentindo muita dor, estava tranquila. Então eu fiquei esperando normal, sentada no corredor. Eles trouxeram alimento para mim. [...] não precisei cobrar nada. Todos foram muito bons! Vinham falar comigo! (usuária 06)

Este resultado encontrado pode se relacionar ao que pesquisas sobre a satisfação dos usuários denominam de viés de gratidão. Situação em que usuários demonstram alta satisfação e relutam em demonstrar opiniões negativas ou mesmo omitem informações, sendo mais comum em avaliações de serviços públicos de países em desenvolvimento. (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). O sentimento de gratidão – gratitude bias, tem sido apontado como um dos limites das pesquisas de satisfação dos usuários, relacionado com as dificuldades destes em expressar uma visão mais crítica sobre os atendimentos (COMES, et al., 2016; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A solução apontada pelos entrevistados para o número insuficiente de leitos seria a ampliação da maternidade do HU, bem como o número de leitos obstétricos na rede SUS em João Pessoa/PB e na região metropolitana da capital.

Na estrutura nosso limite é vaga! Infelizmente ainda não conseguimos ampliar o número de leitos. Ampliação requer tempo e dinheiro. Não temos como absorver essa demanda crescente e com recursos insuficientes. Então, a solução é ampliar as maternidades (resid. 02).

Entrevistados de todas as categorias profissionais, consideraram que além da insuficiência de leitos obstétricos na rede para atender a demanda da população, há dificuldades importantes com a regulação de vagas no município de João Pessoa e no estado da Paraíba. Tornando-se comum que os profissionais recorram aos colegas de profissão de plantão em outras unidades, através de contatos telefônicos pessoais e de amizade para conseguir a transferência das usuárias, contrapondo-se as recomendações atuais.

Em relação à rede, a grande falha é a questão da regulação. Essa regulação tem muitas falhas, nem sempre se consegue vaga através da regulação, eu diria até que é raro. Na maioria das vezes se consegue mais pela amizade ou favor do colega. O profissional que está no plantão liga para maternidade A, B ou C e conhece quem está lá também no plantão. Isso na base da amizade! A regulação ainda não existe de uma forma eficaz, atuando no estado! (enf. 06).

As dificuldades encontradas com a Central de Regulação e sua baixa resolutividade afetam diretamente a organização do serviço, geram incredibilidade entre os profissionais. Solicitar a vaga tornou-se uma formalidade, um modo de registrar o caso no sistema e seguir as normas estabelecidas. Uma das médicas residente entrevistada esclareceu ser raro conseguir uma vaga através da central de regulação. Acrescenta também que é dispensado parte do seu tempo tentando conseguir uma vaga, cumprindo o papel que caberia a regulação. Tempo este que poderia ser dedicado para desempenho de atividades assistenciais.

Aqui na Paraíba, pelo menos na parte de obstetrícia, não funciona. Eu ligo para regulação e meio que deixar o caso registrado, lá guardado, a chefia exige. Essa semana até consegui uma vaga pela regulação. Mas foi a primeira vez que vi. E olha que eu estou no R2! [...] Porque aquela meia hora ou mais, que eu passo ali tentando regular uma paciente, eu poderia fazer outra coisa, atender diversas parturientes" (resid. 02).

Foram salientadas pelos participantes as dificuldades encontradas pelas maternidades de baixa complexidade, que não dispõem dos recursos necessários para atendimento de casos mais graves e com o mau funcionamento Central de Regulação, não se transfere as usuárias para outras maternidades, aumentando o risco de complicações com desfechos negativos para assistência materna e neonatal. Para este entrevistado, a regulação tem falhado em todo o estado da Paraíba e o HU consegue melhor equacionar o problema, pois possui recursos de alta complexidade para o atendimento do alto risco materno e neonatal.

A regulação não funciona! A gente faz pela amizade! Levando-se em conta que o HU é alto risco e ficam muitos prematuros aqui, ainda está bom. Porque de todo

jeito tem uma estrutura que permite você encaixar, mesmo no sufoco. Agora quando estamos em outras maternidades nossa dificuldade é imensa. Porque vira um dilema, no baixo risco não temos a menor estrutura de ficar com prematuro. Essa questão de regulação aqui na Paraíba não funciona. Nunca funcionou! (méd. 04)

Ainda que não haja o desempenho adequado da Central de Regulação, os profissionais entrevistados afirmaram haver responsabilidade por parte do HU ao realizar a transferência das usuárias com segurança para outras unidades, seguindo as normas e recomendações descritas pela RC de transporte seguro. Contudo, observam que o mesmo não tem ocorrido por parte de outras maternidades da rede. O fato é apontado como gerador de risco, estresse e ansiedade para profissionais e usuárias.

A transferência realmente é uma coisa que funciona muito bem no HU! Não encaminhamos sem vaga certa, sem a certeza da vaga. Quando vamos encaminhar fazemos o contato, fala-se com o médico, o encaminhamento vai com o nome do profissional que autorizou a ida para outro serviço, quem vai receber lá. A paciente tem certeza que vai ficar! Mas frequentemente recebemos pacientes que não comunicam absolutamente nada para gente (enf. 02).

‘Várias vezes já chegaram pacientes aqui em maca, que outros hospitais não regularam para gente. Chega assim de surpresa! Eu não passo uma paciente daqui para outra maternidade sem regular, de jeito nenhum! [...] Mas eu vejo que tem paciente que chega aqui sem nada, simplesmente empurraram para mim. Eu fico irada! Porque você não está preparado para isso aí. Sem vaga, o que acontece? É você que vai ter que assumir a regulação daquela paciente. Isso gera ansiedade e estresse em todo mundo (resid. 03).

A carência de leitos obstétricos disponíveis na rede SUS de João Pessoa e no HU, aliada as falhas de atuação da central de regulação exposta por este estudo é um cenário preocupante para o alcance de níveis mínimos de qualidade na assistência ao parto e nascimento humanizados. Observou-se a necessidade de ampliação, organização da rede e dos fluxos de atendimento, que permitam o melhor acesso das usuárias aos serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade requerido, ofertando atendimento em condições dignas de conforto e privacidade.

A estruturação da atenção perinatal regionalizada, dimensionada de acordo com as necessidades de saúde, com o funcionamento adequado da central de regulação e articulação dos componentes pré-natal e parto são medidas importantes para redução da peregrinação das usuárias e da garantia do direito de conhecimento e vinculação a maternidade onde ocorrerá o parto.

Através da RC estão previstas a construção de novas unidades, a ampliação e reformas das maternidades visando melhorar a oferta de serviços e com a estrutura e ambiências adequadas ao cuidado humanizado. No IV componente Sistema Logístico – transporte sanitário e regulação estão previstos: acesso ao transporte seguro para gestantes, puérperas e

RNs de alto risco, com ambulâncias equipadas para suporte avançado – SAMU Cegonha; a implantação do modelo “Vaga Sempre” com vinculação da usuária ao local de realização do parto; regulação de leitos obstétricos/neonatais, das urgências e atendimento ambulatorial (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 1.262 de 6 de junho de 2014, aprovou a Etapa I do Plano de Ação da RC no Estado da Paraíba. Para sua implantação foram alocados recursos financeiros do Ministério da Saúde no valor total de R\$ 11.352.527,84, sendo que as regiões IBGE 250750 e 250751 (João Pessoa) somaram a quantia R\$ 8.665.660,64 (BRASIL, 2014c).

A organização das centrais de regulação na rede SUS tem por objetivo promover a equidade do acesso à saúde e a integralidade da assistência, disponibilizando serviços e recursos assistenciais em conformidade com as necessidades de saúde da população. Possibilitam ainda, o ajuste entre a oferta assistencial disponível e a demanda dos usuários de forma ordenada, racional e oportuna. Ainda que se tenha avançado na operacionalização do processo de regulação, este pode ser considerado incipiente no país (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Avaliação da estrutura das maternidades no Brasil realizada por Bittencourt et al. (2014), demonstrou a existência de desigualdades geográficas e vazios assistenciais na oferta de serviços obstétricos hospitalares do SUS, onde os piores resultados foram observados nas regiões Norte e Nordeste. A concentração acentuada dos serviços de maior complexidade nas capitais obriga as gestantes se deslocarem em busca de internação para o parto. E, as inadequações da estrutura hospitalar encontradas podem afetar a qualidade da assistência ao binômio e aumentar a possibilidade de ocorrência dos desfechos desfavoráveis.

Diversos estudos apontam a insuficiência de estrutura das maternidades, a insatisfação dos profissionais e usuárias com as condições ofertadas, demonstram ainda desigualdades sociais e regionais importantes. Um cenário preocupante para o alcance do parto e nascimento seguro e humanizado no país (ALVES et al., 2014; d’ORSI et al., 2014; SILVA et al., 2017).

5.4.2 Insumos e Equipamentos

Os principais problemas apontados pela equipe médica, relacionados aos equipamentos são: a falta do serviço de USG em funcionamento 24h com a presença de um médico ultrassonografista, aparelhos de cardiotocografia e de sonar em quantidade suficientes para os atendimentos. Para os entrevistados estas são falhas importantes para uma maternidade de referência, com urgência aberta e atendimento de alto risco. Estas carências

foram consideradas elementos que dificultam a realização da atividade de trabalho, bem como o estabelecimento dos diagnósticos e condutas clínicas, interferindo na qualidade final da assistência.

[...] você não tem aparelho sonar para uma simples ausculta do bebê, do BCF, em quantidade suficiente e necessária para o total de pacientes. Ou seja, você não tem estrutura. A estrutura sempre, sempre, sempre vem falhando! (méd. 03)

Acho fundamental que houvesse um serviço de USG. Não temos 24h. Em casos de urgência, quando precisamos tomar qualquer conduta mais baseada em resultados dos exames isso dificulta muito. Esse período de tempo entre o diagnóstico e conduta afeta muito a qualidade da assistência (resid. 01).

Além do problema de não termos USG 24h, em um serviço de urgência obstétrica, tem a questão do sonar. [...] Assim, agora eles consertaram, mas tem dia que temos apenas um sonar funcionando. Um sonar para uma maternidade inteira! Isso para triagem, sala de parto e enfermarias fazendo visita. Quer dizer, fica uma loucura! A gente pira! Pira mesmo! (resid. 02)

Para este entrevistado, a falta de USG 24h é um problema que toda a rede de maternidades públicas do município de João pessoa tem enfrentado.

Não temos aparelho de USG 24h. Eu acho que é primordial em uma maternidade você ter um médico ultrassonografista de plantão. Aqui infelizmente nós não temos! Isso é uma deficiência para uma maternidade de alto risco, de alto porte [...] Essa deficiência não é só do HU, ela é de toda rede pública do município de João Pessoa. Não existe! (méd. 01)

A indisponibilidade de equipamentos para monitorização da vitalidade fetal, em conformidade com as recomendações e protocolos internacionalmente estabelecidos foi bastante questionada. Para este médico, não é um problema pontual da maternidade do HU, mas da concepção e da organização da assistência obstétrica no país.

Métodos de controle da vitalidade fetal, como a cardiocografia. Não um aparelho para todo hospital, mas que em cada sala dessas tivesse uma cardiotoco. Aparelhos de sonar para você poder fazer uma ausculta intermitente, a monitorização dessa gestante. São coisas que nós entendemos como algo muito supérfluo, quando na verdade em qualquer país de desenvolvido está disponível em todos os partos. Enquanto que para nós isso é um luxo! É um cuidado tido como desnecessário e absurdo! [...] Então você percebe que os paradigmas mudam muito. O que é padrão de necessidade primária em qualquer país desenvolvido, para nós é considerado como algo muito distante (méd. 03).

Os profissionais diante das dificuldades pela falta de insumos e materiais, sem outras opções recorrem a improvisações ou a compra de materiais com seus próprios recursos financeiros, a fim de garantir condições mínimas para o atendimento. Uma das enfermeiras entrevistadas relata que a falta de equipamentos e de manutenção periódica prejudicam a assistência e expõem os funcionários às situações de constrangimento junto às usuárias do serviço, mais amplamente ao risco de possíveis processos judiciais.

Um dia desses não tinha papel toalha. Depois não tinha lençol, daí estávamos improvisando de todo jeito com capote, com campo, com o que tivesse. São pequenas coisas que poderiam ajudar. A gente vai lidando, improvisando e driblando essas situações (resid. 02).

A triagem está sem foco, nessa sala e na outra não tem. Tínhamos um, mas o da sala de parto queimou e tiraram o da triagem. Hoje eu estava falando com a médica, comprei uma lanterninha para mim. Porque muitas vezes eu ligo a lanterna do meu celular. Para uma paciente que não entende a situação ele pode até achar que estou filmando o colo do útero dela, quando não estou fazendo isso. [...] a gente se expõe. [...] Eu explico, para que depois o paciente não saia por aí fazendo comentários de coisas que não estão acontecendo. Ou até um processo mesmo! (enf. 02)

Em relação aos insumos, a principal dificuldade encontrada pela equipe médica para realização de procedimentos citada foi falta de fios de sutura e material cirúrgico. Conforme relato destes entrevistados, soluções alternativas são buscadas para que sejam realizados os atendimentos, entretanto em situações limites onde há inviabilidade para a realização do procedimento, este é suspenso. Demonstrando que a inadequação ou falta do material reduzem a quantidade de procedimentos realizados, a qualidade final do cuidado prestado e prejudicam o desempenho da atividade de trabalho pelos trabalhadores.

Temos muita dificuldade com bloco cirúrgico em relação aos fios. Fazemos improvisação para realizar o procedimento, mas não é o mais indicado e adequado. Então está deixando muito a desejar nessa parte (méd. 04).

“Isso prejudica e muito a qualidade do meu atendimento. Ficou muito tempo sem luva aqui. Tem vezes que não tem fio, ou tem mas não é o adequado para a cirurgia que precisamos fazer. Então é difícil, muito difícil trabalhar assim! E dependendo suspende a cirurgia ou procedimento por falta de fio (resid. 02).

A Portaria nº 1.020/2013 define critérios de funcionamento de serviços de referência para atendimento à saúde na gestação de alto risco, inclui a disponibilidade dos seguintes recursos nos sete dias da semana e 24 horas por dia: ultrassonografia; eletrocardiografia; cardiotocografia; serviço de radiologia; e laboratório clínico; posto de coleta de leite humano; garantir o acesso à ultrassonografia com doppler se necessário (BRASIL, 2013b).

O HU encontra-se habilitado para atenção à saúde na gestação e parto de alto risco, entretanto os resultados demonstram que a unidade ainda não dispõe dos recursos necessários de infraestrutura em quantidade suficiente e em período integral, especialmente para monitorização fetal. A carência de recursos materiais e de equipamentos demonstrou influir na redução da qualidade da assistência prestada e limita a capacidade técnica dos profissionais para desempenho das atividades. A ausência ou monitorização inadequada de gestantes, principalmente de alto risco, podem elevar o risco de desfechos negativos para mulher e o neonato.

Bittencourt et al. (2014), evidenciou iniquidades na qualificação e na disponibilidade

de equipamentos e insumos para atenção do parto e nascimento, segundo as regiões do país, o tipo de financiamento e grau de complexidade. A disponibilidade de equipamentos essenciais para urgências maternas foi maior em estabelecimentos privados (99%) do que nos públicos (71%). Os piores resultados foram encontrados nas regiões Norte e Nordeste cuja disponibilidade decresce para 56%. Também nestas regiões, observou-se a maior carência de medicamentos com completude de apenas 37% nos serviços públicos e 35% dos mistos. Segundo os autores, há grande proporção de estabelecimentos mal equipados e sem profissionais com qualificação necessária.

5.4.3 Centro Obstétrico e quartos PPP

A adequação da ambiência no Centro Obstétrico para atendimento das especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, inclui ofertar às usuárias e proporcionar à equipe de saúde acompanhar todos os períodos clínicos do parto, pré-parto, parto e pós-parto imediato (PPP) assistidos em um mesmo ambiente, sem interrupções e com a garantia da presença do acompanhante durante todo processo. A estrutura do Centro Obstétrico com PPP deve dispor de: espaços individualizados, com acesso ao banheiro, com conforto (lumínico, térmico e acústico); privacidade para a parturiente e acompanhante; equipamentos e espaço para ausculta fetal intermitente e controle dos sinais vitais da parturiente e do RN; mobiliário e equipamentos que forneçam a possibilidade do uso dos métodos não farmacológicos e não invasivos para alívio da dor; espaço para deambulação e estimulação da evolução natural do trabalho de parto, com a livre escolha de posição para mulher, disponibilizando bolas de bobat, cavalinho, banheira, entre outros. Deve dispor também de uma área exclusiva para o atendimento imediato do neonato no mesmo ambiente (bancadas, banho, pesagem, berço), que favoreçam o vínculo mãe e filho e o aleitamento materno. Um PPP também deve garantir um ambiente adequado e privativo para mulheres em situação de aborto (BRASIL, 2011b).

A avaliação da estrutura e ambiência do HU neste aspecto demonstrou necessitar de diversas adequações para enquadrar-se nas recomendações acima descritas pela RC e embasadas na RDC nº 36/2008 da ANVISA, que visam a realização do parto seguro e humanizado.

Se partirmos do ambiente correto, teríamos o PPP e que aqui não são utilizadas. [...] Onde supostamente uma parturiente deveria ser preservada em toda sua intimidade, conduzida em seu parto num quarto com privacidade e tranquilidade que é de direito dela. Sem ter que dividir esse momento com pessoas estranhas, com outras pacientes e seus acompanhantes. E isso tem faltado para nossas pacientes (méd. 03).

A Clínica Obstétrica do HU dispõe de uma sala de parto, situada no mesmo andar da internação, com capacidade para realização de um parto vaginal por vez. Conta ainda com apoio do Centro Cirúrgico Geral situado em outro andar, com uma sala cirúrgica reservada 24 horas/dia e equipada para atendimento das necessidades da maternidade. De acordo com os relatos dos entrevistados, esta estrutura precisa ser ampliada, possui várias interrupções de fluxo, mostra-se insuficiente para o atendimento da atual demanda e para realização de mais de um parto vaginal ou cesáreo quando ocorrem simultaneamente.

Não temos pré-parto, há apenas uma sala de parto. Muitas vezes basta ter duas pacientes em trabalho de parto e parindo ao mesmo tempo, que uma precisa ser levada para parir na triagem (resid. 01).

Com relação ao bloco cirúrgico temos uma boa relação, porque temos uma sala reservada só para obstetrícia. Então com relação a isso, não temos problema nenhum. Mas se precisa de outra sala aí já tem uma demora, já dificulta (resid. 02).

A equipe de profissionais médicos elenca outras dificuldades relativas ao Bloco Cirúrgico, seriam: os setores de maternidade e bloco cirúrgico estarem em andares diferentes e desintegrados; número insuficiente de salas equipadas e reservadas para a obstetrícia; lentidão para o atendimento das urgências obstétricas; necessidade de treinamento e atualização dos profissionais de saúde para abordagem da parturiente no atendimento de suas necessidades e realização da cesariana de forma humanizada.

A maternidade fica longe do bloco cirúrgico [...]. Acho que é ruim, porque demora e precisa se deslocar para outro andar. Se fosse tudo em um ambiente só, as coisas teriam um fluxo mais adequado para nós e para própria paciente (resid. 01).

[...] o nosso bloco cirúrgico infelizmente não está preparado para atender a parte obstétrica. Acho que ele é muito lento e tem casos em obstetrícia que não esperam. E aí, essa lentidão atrapalha muito. O fato de estar em outro andar influencia totalmente, ele está desintegrado da maternidade (méd. 01).

[...] hospital geral realmente é um choque, porque para quem está no bloco aquilo ali é uma cirurgia. Cesárea não é um parto, ela é uma cirurgia! Não tem clima! A paciente chega e vai sendo logo preparada para ser cirurgiada. [...] Precisamos ter um local, um centro obstétrico adequado para as nossas necessidades. A usuária não é vista pelos funcionários do bloco como uma parturiente, a recepção e abordagem dela é totalmente diferente do que fazemos aqui (méd. 05).

Ao contrário da equipe médica, usuárias entrevistadas que passaram pela experiência da cesariana, relataram sentirem-se muito satisfeitas com a assistência prestada pela equipe do bloco cirúrgico. Exceto situações ligadas ao impedimento da entrada dos acompanhantes no setor, que serão abordadas posteriormente sobre o direito ao acompanhante de livre escolha.

No meu parto achei a equipe toda excelente! Meu atendimento foi 100%. Quando eu dizia que estava com dor, eles sempre me davam remédio. [...] E tudo foi muito rápido. [...] Foi cesárea só porque meu neném estava sentado (usuária 07).

As inadequações de estrutura física para o atendimento ao parto e trabalho de parto, demonstraram afetar não só o acompanhamento das parturientes também interfere nos cuidados às demais usuárias gestantes e puérperas. Essas dificuldades relacionam-se com a ausência de um ambiente PPP, cujas usuárias em trabalho de parto acabam permanecendo acomodadas dentro das enfermarias juntamente com gestantes em tratamento clínico ou no alojamento conjunto com puérperas e bebês. Houve relatos de profissionais e usuárias entrevistados sobre o desconforto acústico e luminoso nas enfermarias que ocasionam alterações no sono e repouso das usuárias, bem como dificuldades para executar o tratamento terapêutico preconizado em um ambiente fora das especificações gerador de tensão e ansiedade das usuárias.

[...] Uma paciente com DHEG grave, junto com paciente que está em trabalho de parto na mesma enfermaria. Como é que essa paciente vai normalizar a pressão? Se ela passou a noite inteira acordada, com outra paciente sendo partejada, gritando e os profissionais ali o tempo todinho, acendendo luz e orientando. Não tem como a pessoa repousar (enf. 02).

Vemos as mulheres gritando. A maioria de madrugada nem conseguia dormir, descansar. E para quem fica acordada, preocupada, há muito tempo aqui e fora de casa é complicado. E aí assim, o conforto deixa a desejar (usuária 02).

É igual essa menina desse quarto aqui ao lado. Ela está com pressão alta. A pressão tem que abaixar para ela poder ter alta. Mas ela acha que não vai ter alta nunca, porque a colocaram numa sala onde tem criança chorando e mulher parindo. Acaba ficando ansiosa e a pressão dela sobe (usuária 03).

A equipe de profissionais entrevistados reconhece que a estrutura física atual do setor tem dificultado realizar ações de saúde importantes durante a internação obstétrica que impedem o partejar adequado baseado nas boas práticas, no empoderamento da mulher no parto e no estímulo ao parto natural. Incluindo-se a evolução do trabalho de parto, a monitorização fetal adequada com a ausculta intermitente e sem interrupções durante todo o processo. O volume de atendimentos e ausência de leitos em quantidade proporcional nos quartos PPP são problemas importantes a serem equacionados.

[...] não temos PPP para colocar as pacientes. Às vezes, são duas, três pacientes em trabalho de parto e não temos um ambiente para partejamento. Quando se fala de humanização ao parto, fazemos com o que temos. [...] Nós vamos partejando, enquanto uma vai entrando e a outra saindo para ser examinada. Sabemos que esse rodízio não é adequado. A partir do momento que se fala em humanização é preciso rever isso, prestar atenção nessas coisas (enf. 01).

Assim, dentre as transformações de estrutura e ambiência fundamentais para a concretização das práticas obstétricas consideradas humanizadas e de estímulo ao parto natural no HU, cita-se extinguir a estrutura convencional de salas de parto normal ou salas de

pré-parto e a implantação de um Centro Obstétrico com quartos PPP individualizados, com banheiro, espaço para deambular e com a garantia da presença do acompanhante de livre escolha. A ambiência como elemento que promova o protagonismo da mulher na parturição, a transformação do modelo assistencial e a melhoria da qualidade da assistência prestada ao parto e nascimento.

Não temos essa ambiência do PPP. Eu acho que seria fundamental! Eu não consigo vislumbrar um parto humanizado, em que a mulher possa ser protagonista, sem essa estrutura (méd. 05).

Almejamos e planejamos que o serviço um dia tenha o PPP, para ser aquele ambiente de pré-parto, parto e pós-parto. [...] Precisa de reorganizar e estruturar o ambiente mesmo! Há propostas, mas até chegar lá a nossa vivência de hoje é essa. Acho que esse tem sido alguns dos obstáculos importantes para melhorar todo nosso fluxo e a qualidade do atendimento (enf. 06).

O projeto arquitetônico atual do setor está estruturado nos moldes tradicionais da assistência obstétrica, no modelo tecnocrático de assistência ao parto, conforme foi possível constatar durante as visitas registradas de observação realizadas a campo. Alguns dos entrevistados justificaram que a maternidade do HU carece de maior espaço físico, foi projetada há muitas décadas e sua planta física estacionada no tempo, não recebeu as modificações necessárias. Alguns profissionais apresentam-se esperançosos e possuem uma visão positiva da questão, acreditam que em breve ao término da obra em andamento para ampliação do setor este problema será solucionado.

E na estrutura física do HU eu não vejo como poderia ser feito o PPP. Eu não sei! Até porque é uma estrutura projetada nos anos 80, um tempo que nem se pensava nessas coisas. Um hospital antigo, tudo era diferente (méd. 05).

Terá após a obra um andar específico para o atendimento à saúde da mulher. Então esse andar vai ser bom! A estrutura precisa melhorar? Sim, precisa! Precisamos de um Centro Obstétrico com PPP. Perdi a conta de quantas vezes precisei fazer parto aqui nessa triagem e na enfermaria. Mas acho que isso é questão de tempo, até que a obra da outra ala fique pronta. Assim espero! (resid. 03)

5.4.4 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)

As CGBP são unidades de cuidado peri-hospitalares previstas na RC e constituem um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, são vinculadas à uma maternidade/hospital de referência na atenção materna e neonatal de alto risco. Situadas na distância máxima de 500 metros da maternidade de referência e com capacidade de atendimento entre 10 a 20 camas. As CGBP devem proporcionar acomodações, alimentação e

acompanhamento de saúde pela equipe de referência para gestantes, puérperas e RNs de risco, nas seguintes situações: necessidade de atenção diária em serviços de alta complexidade, mas sem a exigência de internação; local de residência distante frente à natureza dos agravos apresentados; puérperas cujos bebês estejam internos em UTIN e/ou tenham necessidade de informações, orientações e treinamento em cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2011b).

A necessidade de implantação da CGBP foi evidenciada principalmente em relação à carência de leitos obstétricos, alta taxa de ocupação dos leitos por acompanhantes de RN, baixa rotatividade dos leitos para internação, bem como a redução de oportunidades para o ensino e aprendizagem.

Falta uma casa de apoio para mães que estão com bebê na UCIN ou UTI neonatal. Elas acabam ocupando um leito e são mulheres de alta obstétrica. Hoje mesmo eu contei, acho que foram oito leitos com acompanhantes de RN. Isso é um terço das vagas. [...] E elas precisam ficar perto do bebê (méd. 04).

Com a ausência de uma CGBP, os profissionais afirmam que a unidade chega a funcionar com a redução de até 1/3 da capacidade dos leitos para internação obstétrica. O problema é agravado pela longa permanência das internações de alto risco. A situação descrita tem afetado diretamente a atividade de ensino, pois reduz as oportunidades de aprendizagem dos discentes durante os estágios e internato no setor.

Precisamos muito de uma casa de apoio. Tem a questão da ocupação por acompanhantes de RN e da longa permanência dessas pacientes do alto risco [...]. Eu tenho em média 1/3 dos leitos ocupados com essas pacientes, são de 6 à 8 leitos. [...] Afeta o nosso aprendizado e afeta também outras mulheres que vão chegando e precisam do leito que está ocupado com uma acompanhante de RN (resid. 03).

Enfermeiras entrevistadas compartilham com a opinião dos residentes, para elas a ausência de uma CGBP interfere negativamente para atividade do ensino, pois reduz as oportunidades de casos novos para o aprendizado dos discentes. Agrava o problema da carência de leitos obstétricos no hospital, impondo-se limitação ao acesso para gestantes que buscam atendimento na maternidade do HU. Comumente leitos estão indisponíveis para internação obstétrica ao serem ocupados por gestantes de longa permanência residentes em localidades distantes no interior do estado e/ou puérperas de alta acompanhando os RNs ainda internos na UTIN, UCIN e AC.

Com a casa de apoio funcionando passaria a ser o número de leitos real, com rotatividade para uso da obstetrícia. O hospital tinha que garantir atendimento para as usuárias e também para ensino. O que não está acontecendo! Isso diminui o atendimento para nossa comunidade que não está tendo uma cobertura total, como também não favorece quem tá aqui para aprender. Eles terminam perdendo oportunidades de prestar assistência mais completa e complexa (enf. 05)

Temos um número muito grande de bebês com necessidade de UTI e de UCIN, daí fica aqui aquela mãe como acompanhante de RN ocupando digamos de 20 a 30% dos leitos do serviço. Esse fato vai diminuir a rotatividade dos pacientes que vão chegando. [...] Eu acredito que para o aluno que está passando por aqui e os residentes, eles terminam perdendo com isso. [...] Isso diminui as oportunidades porque estamos com leitos restritos (enf. 06).

Até o momento da finalização da coleta de dados, não haviam dados formais sobre a implantação de uma CGBP vinculada ao HU ou se esta seria contemplada na implantação da RC futuramente, tão necessária para solução desta importante questão em um hospital de referência e de ensino.

Segundo informações publicadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2015), através da RC o estado pretende criar quatro CGBP nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos e ampliar duas já existentes em João Pessoa e Cajazeiras, todas com a capacidade total de 20 leitos. Na capital, são citadas três maternidades: a Maternidade Frei Damião, o Instituto Cândida Vargas e o Hospital Edson Ramalho. Entretanto, o HU não se encontrava mencionado.

5.5 Privacidade

A privacidade da maternidade foi abordada por todos os grupos de entrevistados, sendo consenso de que há necessidade de melhorar a estrutura física e organização do setor que a favoreçam. A falta de privacidade demonstrou interferir na qualidade da assistência e na atividade de ensino. A maternidade do HU possui enfermarias com quatro ou dois leitos, durante as observações a campo foi constatado que não havia instalação de qualquer tipo de divisória entre os leitos, como o uso cortinas ou boxes individualizados.

A privacidade do setor foi qualificada pela maior parte dos participantes como ruim. Constatou-se que o setor possui espaço físico reduzido e grande concentração de pessoas presentes continuamente (profissionais, docentes, discentes e acompanhantes), fator que contribui para a perda de privacidade das usuárias e dificuldades no desempenho das atividades de cuidado.

Na estrutura eu vejo a necessidade de mais privacidade para atendimento das usuárias e recebimento dos acompanhantes. [...] A estrutura deveria dar condições para que fossem respeitados todos direitos da paciente! Que tivesse uns biombos, que fechassem com boxes individuais, fechar a área de cada leito com cortinas. Isso seria muito bom! Com certeza! (resid. 02)

Eu classifico como ruim. A triagem é sempre congestionada de gente. É um entra e sai o tempo todo, com paciente sendo examinada, entram profissionais e estudantes, até mesmo usuários entram. [...] As enfermarias coletivas não estão preparadas para

receber tantas pessoas. Muitas vezes você precisa fazer um aconselhamento, conversar com a paciente um assunto mais delicado ou coisas corriqueiras mesmo, e você não tem a privacidade (enf. 03).

Quanto ao desempenho das atividades de ensino, profissionais consideraram haver falta de privacidade. A principal dificuldade relatada foi da quantidade de profissionais e estudantes envolvidos no cuidado, somada a presença dos acompanhantes de livre escolha das usuárias. Para alguns dos entrevistados a estrutura física é inadequada para recepção e envolvimento desde quantitativo de pessoas na assistência. Segundo profissionais em alguns períodos do dia, ocorrem situações em que somados os alunos dos diferentes cursos de graduação (fisioterapia, enfermagem e medicina) o setor chega a receber de 30 a 40 alunos.

Se fosse traçar um grau de exposição de zero a dez, por ser um hospital escola e por essa estrutura inadequada que dispomos, acho que o grau de exposição dela está em 10. [...] Elas ficam em enfermarias com mais três pacientes e cada uma com seus acompanhantes, mais os estudantes, mais a equipe, alunos e os docentes. Então o grau de exposição eu considero ser bastante elevado, apesar de se tomar uma série de cuidados para corrigir e amenizar o problema (enf. 04).

A quantidade alunos é grande também, por experiência vejo aqui na triagem. Quando têm muitos alunos e a paciente chega para ser examinada, elas não se sentem à vontade. Tem paciente que logo já pergunta assim, quando eu vou preparar para o exame:

—Esse pessoal todinho aí vai me ver? (enf. 02)

Para um dos entrevistados as limitações de estrutura e ambiência, aliada ao pequeno porte do serviço, reflete na concentração de muitos estudantes para o aprendizado e vivência dos casos clínicos, conseqüentemente eleva o grau de exposição das usuárias.

Muito sinceramente eu sinto que realmente não é fácil! A paciente, de repente, em algumas situações se vê como se estivesse no centro de um palco. Mas não há outra forma ou pelo menos o nosso sistema aqui não existe outra forma de se fazer. O serviço é muito pequeno, quando tem algum caso, um procedimento, o aluno precisa ver e é complicado. [...] O ambiente ele é muito limitado, falta estrutura física inclusive para isso (méd. 01).

Entre discentes de enfermagem e medicina houve contradição em relação à estrutura e ambiência hospitalar ofertada serem suficientes para o atendimento das usuárias com privacidade e a prática do ensino. Para a maioria dos estudantes de medicina (55,17%) a privacidade das usuárias é suficiente, ao contrário houve maior insatisfação entre os discentes de enfermagem (64,10%) e somente 30,77% dos estudantes desta graduação qualificaram a privacidade como boa e ótima (Tabela 3).

Acrescenta-se que cerca da metade dos discentes de enfermagem (51,28%), considerou que as usuárias são expostas a algum tipo de constrangimento durante o período de internação relacionado ao processo de ensino e aprendizagem. Inversamente a maioria dos

discentes de medicina (62,93%) considerou não haver exposição das usuárias (Tabela 3). A percepção dos discentes de enfermagem coaduna-se com aquela encontrada entre profissionais e com a docente entrevistada, de insatisfação com a privacidade.

A prática do ensino não pode sobrepor-se às necessidades de cuidados das usuárias, conforme exposto pela docente entrevistada ao enfatizar que a formação deve pautar-se nas atuais políticas públicas, no respeito aos direitos femininos e reprodutivos.

É preciso que profissionais sejam formados, mas o ensino também precisa estar bem ajustado com todas essas políticas para garantir os direitos desta mulher. Entre o cuidado da mulher e o ensino, o ensino não pode ter a prioridade. O cuidado à mulher é prioritário acima de qualquer coisa! É preciso que nós professores e profissionais tenhamos muito cuidado quanto a isso (docente 01).

Para garantia da privacidade e conforto das parturientes, a implantação de um Centro Obstétrico com quartos PPP individualizados em funcionamento é fundamental, conforme exposto anteriormente. Constatou-se que em diversos momentos da internação há perda de privacidade e conforto das usuárias e acompanhantes. Segundo profissionais e usuárias entrevistados este deveria ser um dos objetivos prioritários na adequação da estrutura e ambiência da maternidade.

Em relação à ambiência era necessário que houvesse enfermarias individuais onde a paciente pudesse ter privacidade. Seria a primeira coisa que precisaria mudar! A garantia da privacidade. Que essa paciente pudesse passar por todo processo de pré-parto, parto e pós-parto imediato nesse ambiente do PPP confortável e tranquilo. Neste aspecto a ambiência daqui realmente não propicia. Temos essa dificuldade, uma limitação mesmo (enf. 04).

[...] Vai gestante, vai gente parindo na frente da pessoa. Tudo bem que eu estou numa maternidade, mas acho que não precisava ficar vendo isso! Não assim completamente vendo a criança, mas vendo a cabeça da criança saindo. [...] É meio constrangedor, tanto para quem está vendo como para elas que têm que se expor. Não é? (usuária 02).

Para todos os grupos de entrevistados, a garantia da privacidade é uma problemática cotidianamente gerida pelos envolvidos no cuidado, entretanto esta nem sempre é alcançada devido às limitações impostas pela falta de estrutura e ambiência do setor.

A preocupação com a privacidade e confidencialidade durante os cuidados, têm sido elemento de discussão e reflexão entre o corpo de profissionais, docentes e discentes. Foram relatadas modificações nas rotinas, adoção de medidas protetivas aos usuários e práticas reflexivas pelo coletivo de trabalho sobre o problema. Alguns profissionais demonstraram insatisfação e frustração com a situação.

Temos preocupação e precaução para conversar sobre os casos clínicos das pacientes. Não passamos mais visita de leito em leito, em grupo junto com staff e

discutindo na beira do leito. Isso acabou! Não fazemos mais isso! Nos reunimos na sala de prescrição depois e conversamos. [...] É um direito dela! Tudo sobre o paciente aqui é bem sigiloso (resid. 02).

Tentamos solucionar através da questão do respeito, em preservar o silêncio na hora do parto, respeitar o repouso e descanso, redução número de pessoas presentes, enfim. Acho que se você tiver duas pessoas numa sala de parto, mas que essas duas não dão o devido respeito para a paciente, talvez incomode mais do que se você estiver com uns 8 ou 9 na sala. [...] Mas considero frustrante trabalhar nessa situação! (enf. 04)

A falta de privacidade constitui uma violação dos direitos das usuárias, caracteriza a falta de humanização e redução na qualidade do atendimento. E, estas são questões de grande importância que têm reduzido a satisfação dos profissionais com o trabalho. Questões que suscitam reflexões junto aos discentes-profissionais-docentes para a solução do problema junto à gestão do hospital.

A instituição não possui as condições necessárias para o ensino. Então no momento em que eu estou com alunos, realizando o exame físico, eu me sinto assim ferindo a integridade emocional/psicológica e espiritual da mulher, enfim seus direitos” (docente 01).

Quando o usuário é obrigado a compartilhar o ambiente com outros quatro que não são do convívio diário dele, utilizando o mesmo banheiro, com patologias distintas, com acompanhantes de qualquer sexo. Acho que nada é mais agressivo e menos humanizado do que isso! Se coloque no mesmo lugar, na mesma situação deles! [...] Essa é a interpretação que eu faço com meus alunos, futuros profissionais (méd. 03).

Uma das usuárias acredita que foi feita reforma recente, porém não há funcionamento adequado das instalações que apresentando falhas estruturais. A entrevistada faz observações pertinentes, ao citar a falha de projeto arquitetônico com a oclusão da porta por um dos leitos da enfermaria que fica constantemente aberta ao fluxo de pessoas no corredor. Para ela o não fechamento das portas das enfermarias reduz a privacidade, o conforto e repouso das usuárias. Argumenta que houve falta de inclusão dos usuários e profissionais no processo decisório das obras, acredita que por esse motivo ocorrem as inadequações do ambiente. Este mesmo problema estrutural é apontado por uma docente.

As portas não fecham. Acho que isso é falta de estrutura porque tá essa cama aí na frente. Acho que podia ter colocado uma porta de correr, isso não custava nada. Tanto daí como a daqui do banheiro, são coisas pequenas e quem está aqui no dia a dia vê que isso faria diferença para o conforto da gente. Tem esse movimento aí fora do corredor. [...] Fazem uma arquitetura ou uma engenharia pensada por eles. E eles não estão aqui no dia a dia para ver as necessidades. Acho que o ideal era reformar de acordo com as pessoas que vivem aqui (usuária 10).

Nossas enfermarias as portas não podem fechar por causa do leito. Então sigilo e privacidade não existem! Não existem biombos suficientes também! Então a mulher é desrespeitada no seu pudor, respeito, no anonimato, no sigilo e no cuidado direto com ela. Quando o exame físico é feito na enfermaria, ele é feito para todos! (docente 01)

Uma das residentes entrevistadas confirma a hipótese da usuária sobre reformas recentes no setor, em sua percepção a estrutura e conforto têm melhorado gradativamente.

Com relação à estrutura digo que não é perfeita, nenhum local é! Mas isso tem melhorado muito. [...] teve época que o teto tinha infiltração e estava desmoronando. O próprio andar da enfermaria está melhor, do piso ao teto, houve uma reforma recente (resid. 03).

Os achados do presente estudo, corroboram com a insatisfação das puérperas com a privacidade evidenciada por Figueiredo et al. (2015), no setor de alojamento conjunto em uma maternidade escola no Rio Grande do Norte. De 351 participantes, 56% das puérperas referiram-se muito insatisfeitas com a privacidade, 26% insatisfeitas, apenas 10% e 5% declararam-se satisfeitas e muito satisfeitas respectivamente. Os fatores contribuintes apontados para perda de privacidade, foram: enfermarias coletivas com pouco espaço para acolhimento de inúmeras pessoas entre corpo assistencial, usuárias, RNs acompanhantes e visitas; inadequação de estrutura dos banheiros e aglomeração de estudantes.

O direito a privacidade também foi abordado por esta pesquisa correlacionando-o ao direito ao acompanhante de livre escolha. Neste sentido, as vivências, a trajetória de avanços e dificuldades ainda não superadas foram expostas no Apêndice E – artigo intitulado “Direito ao acompanhante na atenção ao parto e nascimento: vivências de usuárias e trabalhadores de uma maternidade escola”.

5.6 Acesso à informação

As usuárias entrevistadas, em quase sua totalidade, demonstraram satisfação com as informações recebidas durante a internação. Algumas relataram a importância de receber as informações, o esforço da equipe em dialogar e esclarecer dúvidas sobre a terapêutica e procedimentos empregados.

Em relação a isso nunca faltou, tanto sobre a minha recuperação e da minha filha. Eles sempre me informam, falam:
‘_Olha hoje ela fez tal exame, reagiu assim e tal.’
Passam o que aconteceu, o que tá acontecendo. São bem atenciosos e calmos em explicar. Se não entender eles explicam de novo e melhor ainda! (usuária 02)

Acho assim importantíssimo! Eles souberam muito bem me instruir. Me davam informações e me deixavam totalmente consciente e orientada de tudo que poderia acontecer ou que não poderia acontecer. Então em relação a isso daí eu me senti muito satisfeita! (usuária 01)

É nessa parte aí eu acho ótimo! Porque eles tão sempre ali, conversando, explicando e te apoiando. Não é? Fica até parecendo um hospital particular. Porque é bem, como é que se diz? Tudo muito bem acompanhado! (usuária 04)

No Alojamento Conjunto o acesso à informação, foi considerado adequado e com alta satisfação por quase a totalidade das usuárias entrevistadas. Houve destaque para informações relativas aos cuidados com o RN durante a internação e em domicílio, amamentação, calendário vacinal, higiene e puericultura. A informação demonstrou ser importante para desenvolvimento da segurança e autonomia no retorno para casa de puérperas com RNs prematuros. Esses resultados apontam para o alcance de resultados positivos do serviço quanto às atividades de educação em saúde durante a internação e impactam positivamente o crescimento e desenvolvimento de menores de 2 anos, em conformidade com as orientações previstas na RC.

Ali na UCIN eu aprendi vendo os enfermeiros, eles explicaram e muita coisa eu aprendi. O fato de eu estar internada aqui um tempinho com ele e também ter sido prematuro, esses dias que estive internada aqui foi até uma escola. Porque elas me mostraram até como era que dava banho, como que amamenta (usuária 10).

Aqui eles explicam tudo. Falam como que cuida, como que põe no peito e também o banho. Todos os exames que eles fizeram nela, eles chegavam antes e explicavam porque estavam fazendo. O exame da orelhinha, do pezinho, o exame de sangue para saber o tipo de sangue, vacina. Tudo mesmo eles explicavam. Sobre tudo, tudo, tudo! (usuária 05)

Eles sempre informam tudo para gente. [...] Explicam ou se for preciso elas levam até para ver. Chamam quando vão fazer algum exame e nos ensina também como cuidar dele. Como meu neném é prematuro, os cuidados com ele são redobrados. E elas tentam passar todo aquele cuidado para gente, sempre conversam, tiram dúvida, eu aprendo o que é necessário. Porque eu vou ter que cuidar dele quase que só, depois que levar para casa (usuária 07).

Através do discurso das entrevistadas observou-se que a equipe busca o diálogo aberto junto às usuárias, não apenas para informá-las da conduta, mas com o objetivo de inclusão de forma ativa na terapêutica, com autonomia, respeito e consentimento diante da conduta a ser tomada de forma parcimoniosa e consciente.

Eu achei aqui muito melhor, até porque tudo que eles iam fazer, era tudo conversado antes comigo. Eles já sabiam que eu estava muito preocupada por causa de já ter sido induzida, por já ter tido um aborto, da minha gestação de risco. Eles foram bem cuidadosos assim (usuária 09).

Uma das usuárias reconheceu que a equipe realizou as orientações dos riscos advindos da recusa em internar-se, sendo compreendida e respeitada sua decisão. A partir do bom nível de compreensão, sentiu-se acolhida e inclusa no processo decisório da terapêutica, havendo abertura para exercício de sua autonomia. Ainda que a equipe discordasse da decisão tomada pela usuária não houve rompimento do vínculo sendo orientada a retornar ao serviço.

Eu deveria ter ficado internada. Mas eles entenderam que eu tinha outro filho em casa de um 1ano e 3meses. Eu tive que assinar um termo de responsabilidade e

informando que eu ia para casa. [...] Porque eu senti que eles estavam assim realmente preocupados com a minha saúde e me conscientizaram dos riscos de tudo que poderia acontecer e também em relação aos cuidados que eu deveria ter. Que era para voltar se eu precisasse. [...] Eu senti diante da conversa, das orientações que recebi deles e pelo acolhimento, que se eu tivesse tomado outra decisão, eles teriam cuidado de mim do mesmo jeito (usuária 01).

Uma das usuárias divergiu das demais, considerou que houve dificuldade de acesso às informações, foram insuficientes ou só foram fornecidas pela equipe de saúde quando solicitadas. Em sua compreensão não houve por parte dos profissionais que a atenderam, o reconhecimento de sua capacidade cognitiva para entendimento do quadro clínico do RN e de situações relativamente simples relativas aos exames realizados.

Para ficar sabendo mesmo do que está acontecendo, só perguntando. [...] Ele passou por vários procedimentos de investigação e acaba que toda mãe de primeira viagem fica louca, não é? Ficamos eu e meu marido perguntando sempre. Por que vai fazer isso? Por que aquilo? E de alguns médicos nós ouvimos:

_Você é da saúde? É da área de saúde?

Então é como se você não fosse, então para que perguntar!

Eu não sou da área, mas acho que é meu direito saber!

Se vão colher um sangue, eu não sou leiga o suficiente para não entender que vai fazer um hemograma (usuária 10).

A desinformação foi apontada como um dos problemas a ser enfrentado para melhorar a qualidade da assistência ao parto. Para diversos profissionais entrevistados a desinformação atinge igualmente usuárias dos sistemas público e privado, acarretando despreparo, insegurança, falta de protagonismo e incredibilidade nos benefícios do parto natural. A imposição de metas de redução de cesarianas foi considerada uma medida insuficiente se não aliada ao trabalho de educação em saúde e conscientização durante a gestação sobre os benefícios do parto normal. Neste aspecto, o componente pré-natal foi citado por quase a totalidade dos entrevistados como o principal responsável por garantir que a informação de qualidade chegue às usuárias durante a gestação, o que auxiliaria na condução, desenvolvimento da autonomia e melhor participação das parturientes durante a internação. Assim, o acesso à informação foi apontado como favorecedor de modificações no padrão assistencial considerado intervencionista e no empoderamento da mulher para atuar ativamente em seu parto.

Esse paciente chega na maternidade despreparado para o trabalho de parto e parto. É uma deficiência de todo o setor saúde, do pré-natal, não só do SUS, é geral. Porque não adianta só impor metas. [...] Você tem que dar o convencimento, argumentos para que aquela pessoa entenda e queira o parto normal porque ele é melhor! [...] Acho que se ela entendesse isso, melhoraria bastante! Não é imposição (méd. 01).

Falta esta mulher vir mais informada do pré-natal, precisa trabalhar melhor a questão do parto. [...] Deveria ter uma preparação com estas pacientes para que quando elas chegassem aqui, por exemplo, alguém quisesse fazer um Kristeller, ela dizer que não

quer! Você não vê essa mulher dizendo o que quer. Não vamos ouvir dela:

— Não, eu não quero isso! Eu quero aquilo!

É uma mulher ainda muito passiva ao que o profissional quer fazer. Ela acaba deixando, muitas vezes sem noção daquilo que está acontecendo. Isso acontece por falta de informação (enf. 05).

Desde o pré-natal falta informação de coisas básicas, daquilo que é normal na gestação. [...] Então quando não informamos a paciente lá no pré-natal, na atenção básica, essa paciente acaba querendo que seja resolvido logo. Ela já chega pedindo para fazer uma cesariana. Ela vivencia tudo que é natural com muita ansiedade e medo. Atrapalha um pouco na própria cooperação. [...] Creio que com essas explicações do que é fisiológico, não ficariam tão preocupadas, seriam mais cooperativas e aceitariam a evolução natural de um trabalho de parto (med. 05).

A dificuldade de acesso à informação durante o pré-natal foi confirmada por algumas das usuárias. Para esta entrevistada, satisfeita com as informações recebidas no HU, a falta de informação durante o pré-natal deixa a mulher incapaz de compreender o que está ocorrendo com o próprio corpo. Evidenciando que a informação influencia na tomada de decisão da mulher, com expressiva perda de autonomia durante o processo de parturição quando insuficiente, conforme exposto pelos profissionais anteriormente.

Eu acho que toda mulher tinha que ter mais informação. Principalmente porque tem muitas que ficam meio perdidas com tudo que está acontecendo. Sem saber o que fazer até no trabalho de parto mesmo. Isso eu não falo especificamente daqui, mas desde o pré-natal. Acho que ainda tem muito pouca informação. Então essa parte está deixando a desejar! Muito! [...] Eu tive informação porque eu sempre fui de perguntar, de ir atrás, de querer saber para que serve os exames (usuária 09).

Constatou-se empenho e preocupação dos profissionais para que as usuárias estivessem plenamente orientadas, mesmo que para isso fossem necessárias repetições ou utilização de outra linguagem que facilitasse alcance da compreensão requerida, como uso de ilustrações. O trabalho de informação junto às usuárias demonstrou ser mais intenso em relação à assistência ao parto e tem sido empregado para reverter a cultura de cesarianas desnecessárias.

Aqui sempre orientamos bastante! Explicamos de outro jeito, repetimos quantas vezes forem necessárias. Leva maior tempo com isso! É muito difícil chegar uma paciente que queira um parto normal, bem orientada. A maioria chega aqui querendo logo uma cesárea, tentam nos induzir a fazer. E para isso elas inventam de tudo! Um histórico familiar, parece até que cesariana virou problema genético (resid. 03).

Temos que ter muita paciência ao dialogar e explicar, que aqui é um HU do SUS, não fazemos cesárea eletiva, o parto normal é o preconizado pelo MS e é um benefício para mãe e RN [...]. Tudo é explicado para cada paciente que chega ao serviço, explica-se bastante até tirar todas as dúvidas (resid. 02).

Entretanto, para alguns profissionais a alta demanda de atendimento com curto período de tempo disponível para a realização das consultas, foi apontada como um dos impedimentos para que sejam fornecidas informações adequadas e a verificação do grau de

compreensão por parte das usuárias, fazendo com os profissionais encontrem dificuldades para desenvolvimento dessa atividade ou que elenquem outras prioridades.

Penso que ainda é falho, não é 100% essa informação, do pré-natal à internação. Os atendimentos são muito rápidos, temos muita gente para atender e acaba não parando para explicar. Explicamos, mas muito por alto e o básico. Mas aquela informação bem detalhada, com calma e esperando a compreensão da paciente é mais difícil. No futuro acho que vai acontecer e melhorar (méd. 04).

A falta de informação demonstrou interferir na aceitabilidade das usuárias. Na avaliação destes profissionais, a aceitabilidade da terapêutica proposta foi qualificada como ruim. A carência de informação interfere na compreensão das usuárias sobre a resolutividade do caso, bem como reflete na demanda por intervenções inadequadas ou contraindicadas, dentre elas os pedidos de cesarianas sem indicação clínica e utilização de medicamentos. Acrescentam ainda, que a falta de informação associada com outras falhas e carências na assistência impactam a formação de vínculo entre usuários e profissionais, favorecem o surgimento de conflitos por demandas não atendidas.

A aceitabilidade das usuárias é ruim porque existe pouca informação. Sem informação a usuária não tem a mínima noção daquilo que está sendo proposto e interfere na ideia dela de resolutividade. Às vezes, o que ela demanda não é a melhor opção. A falta de informação aliada com falta de estrutura, de medidas preventivas, são tantas falhas que acabam interferindo muito na aceitação da proposta terapêutica. Tudo isso gera conflito entre usuárias e profissionais (méd. 03).

Nem sempre elas aceitam! Elas querem resolver logo e com uma cesárea. Um reflexo da falta de informação. [...] Como foi uma mãe aqui outro dia, queria porque queria que eu colocasse a ocitocina. Não precisava de ocitocina. [...] Então é uma situação assim, hora quer e outra não quer ou nem é necessário. A falta de informação, de orientação, de educação em saúde é grande! (méd. 04)

Para esta residente entrevistada, o momento do parto não seria o mais oportuno para atividades informativas da parturiente, considera que há baixa compreensão e absorção das orientações em momentos de estresse. Questiona também a qualidade das informações disponíveis na internet ou pessoas leigas, hábito bastante comum entre as usuárias recorrerem a estas fontes e que não substituem o trabalho informativo dos profissionais de saúde.

Existe muita informação e também a falsa informação. Não porque eu vou procurar no Dr. Google, vou escutar a minha vizinha, minha prima, enfim... Tudo menos uma opinião médica ou de um profissional de saúde. E o trabalho do pré-natal? O pré-natal não tá cumprindo isso não! [...] Elas absorvem pouco as informações no momento de estresse, às vezes acontece a recusa por desinformação. Acham até que é o médico que não quer fazer a cirurgia dela, que não estamos fazendo coisa nenhuma para ela, fazendo mal (resd. 03).

Resultado controverso ao que a literatura vem apontando, foi encontrado quanto à participação positiva das redes sociais para disseminação de informações sobre a atenção ao

parto e empoderamento das mulheres na parturição (OLIVEIRA; PINTO, 2017).

Neste estudo alguns participantes afirmam que a qualidade das informações disseminada através de redes sociais localmente é questionável, consideraram que discurso extremista publicado por alguns destes grupos nas redes sociais nem sempre correspondem à realidade ou possuem veracidade. Mesmo para aqueles que participam destes fóruns de discussões, foram apontados pontos negativos que denigrem a imagem de profissionais e instituições. Esses fatores foram considerados de baixa contribuição para informação das usuárias e humanização da assistência à mulher e ao RN.

[...] Na internet percebo que tem uns grupos assim muito radicais. Tem um grupo aí que até participo, com objetivo de orientar. Mas, meu Deus do céu! O que é isso? Elas discutindo, esculhambando todas as maternidades e todos os obstetras. Médico nesse grupo só quer saber de dinheiro e fazer cesárea. São bem radicais! Então isso não ajuda! Tudo elas criticam sem nenhum embasamento teórico, mesmo condutas corretas. Acho que tem um povo nas redes sociais que está fugindo um pouquinho do contexto do que é o parto. Parece um pouco feminismo alienado! (méd. 04)

Na perspectiva docente as informações ainda estão focadas em um modelo curativista, com poucos espaços de disseminação e acesso das informações para promoção da saúde com enfoque nas necessidades de saúde da população feminina.

É preciso criar espaços para o acesso à informação. Em que poderia estar vendo e discutindo as questões de gênero, da violência contra a mulher, a questão dos direitos reprodutivos, as práticas alimentares, os hábitos de vida, enfim. [...] que é garantido hoje como direito à saúde. Não existe nenhum espaço propício e acolhedor que garanta informações imprescindíveis para saúde. Tudo está focado na resolutividade clínica (docente 01).

De acordo com Miranda, Rivera e Artmann (2012), a luta pelo reconhecimento é um dos elementos fundamentais da comunicação direcionada ao atendimento, espaço aonde profissionais e usuários se façam compreender e que seja estabelecida uma relação de confiança. Para tanto, há necessidade de criação de condições favoráveis para comunicação e circulação das informações que visem à construção coletiva de projetos terapêuticos.

5.7 Interseção ensino e assistência: as relações que se estabelecem entre os envolvidos

A rede SUS é amplamente utilizada para formação de RH em saúde, portanto emerge a importância do papel dos profissionais de saúde inseridos no SUS com a qualidade dos atendimentos e de sua participação na formação de recursos humanos em saúde. As atuais necessidades e problemas de saúde da população devem estar permanentemente no horizonte dos trabalhadores comprometidos com fortalecimento do SUS e na transformação da

assistência ao parto e nascimento no país, conforme aponta este entrevistado.

Hoje a rede SUS é uma grande escola, não apenas o HU institucionalizado. O SUS tem sido utilizado para o aprendizado profissional de instituições públicas e particulares, isso em todos os níveis de atenção. Então todo profissional inserido no SUS, precisa ter esse sentido e esse olhar de formar bem, de contribuir na formação e na reprodução de conhecimento. É um ganho para o profissional, para esses futuros profissionais, na minha área e em qualquer outra. Consequentemente, isso reflete também na qualidade da assistência e no fortalecimento do SUS (enf. 04).

Modificar o modelo médico tradicional de assistência ao parto remonta um processo de lutas políticas e ideológicas, que envolvem o questionamento da biomedicina e de seu aparato tecnológico, das relações hierárquicas de gênero trazidas especialmente pelo movimento feminista e de reforma sanitária (AQUINO, 2014).

O abandono de determinadas rotinas e o favorecimento do acompanhamento de sua fisiologia, com segurança e bem-estar da mulher de certo modo representa perda do controle e de poder médico sobre o processo da parturição, transformando seu papel e inserção na assistência obstétrica. Acrescenta-se que a formação influenciada pelo modelo biologicista e tecnicista, favorecem a percepção do parto como evento de risco, um problema médico, que exigem o controle e intervenção sobre o corpo feminino (DIAS, 2005; SERRUYA, 2014).

Conforme exposto por este entrevistado, a formação médica ainda permanece centrada no aprendizado dos procedimentos e nas intervenções obstétricas. Reconhece também que há dificuldades dos profissionais médicos em transmitir aos discentes o justo equilíbrio solicitado a esta categoria profissional na realização das intervenções, em que pesem as necessidades de desenvolvimento durante a formação de competências para o atendimento às patologias, complicações e urgências obstétricas.

Reconheço que a formação médica ainda está muito voltada para os procedimentos e intervenções. E considero que fazer diferente não é tarefa fácil também, até porque precisamos estar preparados para as complicações e urgências obstétricas. O foco ainda é muito esse da clínica e das técnicas (méd. 04).

Abrahão e Merhy (2014) reconhecem no campo da formação em saúde a existência e convivência de dois movimentos em disputa: o primeiro vincula a saúde aos resultados do saber científico, da ciência aplicada, em um movimento de normatização da vida; já o segundo caracteriza-se pelo desenvolvimento de práticas de saúde abertas para novas possibilidades e modos de produção do viver. Neste sentido, o ensinar centrado exclusivamente no saber científico, atribui ênfase a doença durante o processo, não alcança a complexidade do mundo dos usuários e nem das suas necessidades de saúde quando buscam os serviços, produzindo barreiras de acesso ao cuidado integral.

Morrin (2014) parte da diferenciação entre informação e conhecimento, onde a primeira é um dos elementos do conhecimento. Considera que vivemos em uma sociedade com intensa comunicação, sendo comum a transmissão de informações isoladas ou desintegradas que não permitem situá-las e transformá-las em conhecimento. O reducionismo da realidade a um de seus aspectos impossibilita-nos da compreensão do todo e apreensão de sua complexidade. Investir massivamente em educação é para o autor fundamental, educação esta que começa em compreendermos a nós mesmos.

Percepção compartilhada por este docente, ao apontar que primeiramente a transformação ocorre no plano individual, somente através da aquisição do conhecimento ocorreria uma tomada de consciência sobre as necessidades de mudanças no modelo assistencial.

Quanto aos procedimentos e condutas humanizadas dos profissionais, não passa só por uma boa vontade! Não basta dizer: eu quero fazer! Passa por um processo de formação e transformação profundo, uma tomada consciência interna diferenciada. Ninguém toma consciência das coisas sem acesso ao conhecimento (docente 01).

Ficou evidenciado através das falas de todos os grupos de participantes que a inserção da atividade de ensino, com presença dos docentes e discentes cotidianamente no setor tem contribuído principalmente para: transformação da prática assistencial obstétrica baseada no modelo humanístico; abertura de possibilidades para alcance do cuidado integral e de melhor qualidade; disseminação e aplicação do conhecimento científico com a instituição de protocolos estabelecidos pela Medicina Baseada em Evidências; circulação contínua de conhecimentos e práticas assistenciais entre profissionais dos campos do ensino e assistência; o fortalecimento e integração do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; atendimento às usuárias com alta complexidade de modo rápido e resolutivo.

Em serviços que não estão voltados para o lado científico, diferente do HU, eu ainda vejo condutas mais antigas, fazendo muitas intervenções, episiotomia desnecessárias, muita cesárea, muito Kristeller. Mas aqui mudou e melhorou bastante! (méd. 04).

Têm determinadas condutas, estudos comprovados que de repente muda-se o protocolo. [...] Então, o ambiente acadêmico no HU favorece absorver este conhecimento e colocar em prática a Medicina Baseada em Evidências (méd. 5).

O que mais contribui é a questão de você ter uma resposta mais rápida, principalmente em relação às pacientes do alto risco. Temos profissionais e docentes de diversas especialidades extremamente qualificados. O suporte UTI e NEO, laboratorial, setor de imagem e ambulatório para pacientes que necessitam de investigação de outras patologias associadas com a gestação. Toda essa parte eu considero positiva de se estar em um hospital geral e universitário (enf. 04).

Ao ser investigada a percepção dos discentes de graduação quanto à aprendizagem no

campo da Obstetrícia, a partir das vivências durante o rodízio do estágio e/ou internato na Clínica Obstétrica do HU, constatou-se que 93 alunos (60%) se julgam aptos para futuramente prestar atendimento obstétrico. Entretanto, mais da metade (51,28%) dos discentes de enfermagem não se considera capaz para desenvolver-se profissionalmente e atuar nesta área (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção dos discentes de graduação quanto à aprendizagem em obstetrícia, fatores ligados à assistência no HU, 2016.

| Dimensões avaliadas | Medicina | | Enfermagem | | Total | |
|--|----------|-------|------------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Capacidade de desenvolver-se profissionalmente para atendimento em obstetrícia | | | | | | |
| Sim | 74 | 63,79 | 19 | 48,72 | 93 | 60,00 |
| Não | 42 | 36,21 | 20 | 51,28 | 62 | 40,00 |
| Divergência entre a assistência prestada e o preconizado na literatura | | | | | | |
| Sim | 76 | 65,52 | 26 | 66,67 | 102 | 65,81 |
| Não | 40 | 34,48 | 13 | 33,33 | 53 | 34,19 |
| Dificuldade na articulação do aprendizado preconizado na literatura com assistência do HU | | | | | | |
| Sim | 35 | 30,17 | 16 | 41,03 | 51 | 32,90 |
| Não | 81 | 69,83 | 23 | 58,97 | 104 | 67,10 |
| Interferência do acompanhante no seu aprendizado | | | | | | |
| Sim | 21 | 18,10 | 5 | 12,82 | 26 | 16,77 |
| Não | 95 | 81,90 | 34 | 87,18 | 129 | 83,23 |
| Escolha pela especialização obstétrica, influenciada por | | | | | | |
| Assistência no HU | 7 | 6,03 | 0 | 0 | 7 | 4,52 |
| Ensino (teórico) | 5 | 4,31 | 7 | 17,9 | 12 | 7,74 |
| Ambos | 7 | 6,03 | 8 | 20,5 | 15 | 9,68 |
| Não se aplica (outra especialidade) | 97 | 83,62 | 24 | 61,5 | 121 | 78,06 |
| Conhecimento de outras maternidades e hospitais da rede SUS em João Pessoa | | | | | | |
| Não | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Sim | 113 | 97,41 | 39 | 100,00 | 152 | 98,06 |
| Escolha baseada na qualidade da assistência para o aprendizado | | | | | | |
| HU | 77 | 66,38 | 22 | 56,41 | 99 | 63,87 |
| Cândida Vargas | 23 | 19,83 | 5 | 12,82 | 28 | 18,06 |
| Frei Damião | 8 | 6,90 | 11 | 28,21 | 19 | 12,26 |
| Edson Ramalho | 1 | 0,86 | 1 | 2,56 | 2 | 1,29 |
| Outro | 4 | 3,45 | 0 | 0,00 | 4 | 2,58 |
| não se aplica | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Escolha baseada nas oportunidades para aprendizagem | | | | | | |
| HU | 74 | 63,79 | 26 | 66,67 | 100 | 64,52 |
| Cândida Vargas | 35 | 30,17 | 8 | 20,51 | 43 | 27,74 |
| Frei Damião | 3 | 2,59 | 5 | 12,82 | 8 | 5,16 |
| Edson Ramalho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outro | 1 | 0,86 | 0 | 0 | 1 | 0,65 |
| não se aplica | 3 | 2,59 | 0 | 0 | 3 | 1,94 |

Fonte: a autora

Foi observado também o baixo interesse dos discentes de medicina (83,62%) e de enfermagem (61,5%) em cursar a residência ou pós-graduação na área de Obstetrícia e futuramente atuarem na área. Entre os estudantes de medicina somente sete dos que pretendem cursar residência em Ginecologia/Obstetrícia, a escolha foi influenciada

exclusivamente pela assistência vivenciada no HU e nenhum discente de enfermagem respondeu positivamente (Tabela 4).

Quase a totalidade dos alunos participantes do estudo conhece a rede de hospitais e maternidades do município, somente três discentes pertencentes do curso de medicina (1,94%) afirmaram não conhecer nenhuma outra maternidade ou hospital geral com atendimento obstétrico da rede SUS de João Pessoa/PB. Entre aqueles que conhecem outros hospitais da rede SUS, a maioria (63,87%) considerou o HU como a primeira escolha para realização da aprendizagem baseada na qualidade da assistência prestada às usuárias pelo serviço. Igualmente, o HU foi primeira escolha quanto às oportunidades para aprendizagem para 63,79% e 66,67% dos discentes de medicina e enfermagem respectivamente (Tabela 4).

Para o grupo de profissionais, trabalhar em hospital de ensino é uma oportunidade de atualização contínua do conhecimento, o ambiente acadêmico favorece o acesso à informação atualizada, ocorrendo educação permanente em serviço de modo informal. O livre acesso dos profissionais ao corpo docente tem possibilitado o esclarecimento de dúvidas e discussões clínicas, o cuidado multiprofissional e interdisciplinar, conseqüentemente proporciona melhor atendimento às usuárias.

Eu procuro os professores quando tenho dúvida, justamente para que eu fique mais atualizada e consiga dar atendimento melhor. Ou, quando estou trabalhando e escuto a explicação dos professores para os alunos, nisso aprendo também. Porque as orientações que eles estão repassando são atualizadas e servem para todos. No momento da minha necessidade eu tenho noção de como eu posso orientar bem os alunos e usuárias com a mesma fundamentação teórica (enf. 02).

Você pode aproveitar o ensino e trocar experiência. Eu estou aqui trabalhando com docentes médicos, nutricionistas, fisios, e residentes. Todos trocamos muitas experiências. Muitas coisas do que eu sei repasso e troco com eles, o inverso também acontece. Isso engrandece também a própria relação da equipe multiprofissional (enf. 04).

O desempenho de atividades de ensino por profissionais assistências foi reconhecido como parte de suas atribuições em um hospital escola, associado com aspectos positivos e prazerosos do trabalho, tais como o aumento da motivação e estarem permanentemente em processo de aprendizado. Os profissionais entrevistados apresentaram alto grau de satisfação com o trabalho e consideraram sua formação adequada para o desempenho das funções de ensino e assistência.

Eu confesso que isso para mim é bem prazeroso! [...] Isso não é um peso, na verdade é um ganho. Talvez se eu não estivesse aqui exigisse menos de mim na busca de novos conhecimentos e informações. O ambiente aqui motiva você estar trocando com os alunos e nos atualizar. Eu me sinto bem seguro quanto a isso, temos o papel de contribuir para uma boa formação. Estamos em um hospital escola (enf. 04).

Entre os residentes também se observou a percepção positiva do serviço e a existência de uma rede de trocas de conhecimentos em um processo permanente e participativo, impactando positivamente o aprendizado e o desenvolvimento de práticas de saúde compartilhadas.

Aqui diferente de outros hospitais, os plantonistas já têm esse pensamento que é função mesmo ensinar. No nosso caso de residente, acontece o mesmo porque acompanhamos os internos. Isso vira um processo em cadeia, que todo mundo se ajuda. O R3 ensina o R2 e R1, e assim vai. Quando o interno chega aqui, quem vai ensinar? Tanto os staffs como os residentes e demais profissionais (resd. 03).

Sobre a possibilidade de discussões clínicas e trocas de experiências entre equipes da docência e profissionais assistenciais do HU objetivando propiciar o cuidado integral, observou-se maior satisfação entre discentes de medicina, 45,69% e 27,59% qualificaram como boa e ótima respectivamente. Enquanto entre os discentes de enfermagem houve maior insatisfação, para 38,46% é regular e somente 35,90% considerou como bom. Apenas um discente do total de entrevistados qualificou-a como péssima (Tabela 6).

Por outro lado, houve divergência na percepção dos profissionais médicos e de enfermagem sobre o incentivo a qualificação e oportunidades para realização de cursos e aperfeiçoamentos oferecidos pela instituição. Para o grupo de médicos entrevistados predominou a insatisfação, quase a totalidade ponderou ser raro a oferta de cursos através da Universidade Federal. Os cursos de interesse desta categoria foram apontados como de alto custo financeiro para investimento em sua formação, normalmente ofertados por instituições privadas distantes ou mesmo em outro estado.

Sobre a qualificação, se você quiser fazer alguma coisa tem que fazer fora e pago. Na minha área alguns cursos são caríssimos. E sempre você precisa estar buscando, se aprimorando (méd. 01).

Entre profissionais de enfermagem observou-se não haver consenso entre aqueles que obtiveram ou não incentivo e acesso a cursos de pós-graduação e educação em serviço. Os resultados não alcançaram clareza suficiente para determinar a ocorrência de desigualdades de oportunidades.

Acho que capacitação nunca é demais! Em temas voltados para assistência materno-infantil, recebi treinamento em reanimação neonatal proposta pela Sociedade Brasileira de Pediatria, essa capacitação eu fiz e agora. Já estou inscrita em outra de alojamento conjunto. Têm ocorrido diversos momentos de capacitação profissional. Recebemos muito incentivo! (enf. 01)

O gestor e a academia poderiam investir melhor na gente. Os cursos que fiz foram todos pagos com meu salário. Você está entendendo? Até as inscrições que para participar de congressos, em eventos que a universidade federal estava promovendo tive que pagar. [...] Você tem que ir e caminhar com suas próprias pernas, com seus próprios recursos financeiros (enf. 03).

O plano de carreira dos servidores públicos federais foi amplamente citado como importante para a carreira no serviço público e motivador ao garantir o recebimento de incentivos financeiros em percentuais variados por capacitação e qualificação profissional. A possibilidade de afastamentos remunerados, com liberação total ou parcial da carga horária de trabalho para realizá-los, também foi reconhecida como uma das formas de incentivo institucional.

Em termos de formação acadêmica a participação da instituição se deu através da liberação parcial de carga horária para cursar o mestrado. Isso faz parte do plano de carreira, ocorreu comigo e com outros profissionais também. A liberação e remuneração são um suporte importantíssimo e positivo. Também tive oportunidade de realizar através do serviço outros cursos e capacitações em obstetrícia (enf. 04).

Participantes da categoria médica apontaram a ocorrência de cursos e discussões clínicas voltadas somente para as necessidades de aprendizagem dos alunos de graduação e dos residentes. Sugerem a ampliação desses espaços voltados para a formação continuada dos profissionais e atendimento das usuárias, com a criação de momentos em que a equipe multidisciplinar possa se reunir para discussão clínica, definição das condutas e de um plano individualizado de cuidados.

A universidade deveria estimular mais cursos, palestras, horários para estudos de casos. Temos estudos de casos direcionados para os residentes. Um estudo de caso de uma mulher, com uma determinada patologia, com quadro clínico tal, discutir com os colegas e tomar a conduta, definir desfecho e seguimento. Ainda não temos! (méd. 04)

Na percepção dos trabalhadores médicos há maior ênfase institucional no processo de formação dos discentes de graduação e residentes, este dado pode de certo modo justificar os resultados contraditórios encontrados de alta satisfação por parte dos residentes entrevistados e satisfação inferior do grupo de médicos participantes do estudo.

O ensino tem sim uma excelente inserção no hospital, nós temos sempre um contato com os docentes, estão sempre encontrando conosco, temos discussão dos casos, sempre tem aulas teóricas diversas, revisões de artigos. E tudo isso faz parte da academia (resd. 01).

Realmente a universidade representada pelos departamentos de obstetrícia de medicina e enfermagem e de todas as graduações do campo da saúde que aqui atuam, poderiam estar aqui contribuindo mais com cursos e palestras, com reciclagens. Discussões como um todo, mas eu não vejo! (méd. 05)

Ainda sobre as especificidades da assistência em instituições de ensino, constatou-se que os profissionais e docentes encontram-se engajados em promover e atingir a assistência de modo integrado, com objetivo de garantir que as usuárias recebam a melhor assistência e com respeito aos seus direitos. Entretanto com base no exposto, este estudo identificou que há

fragilidade na integração/articulação entre as equipes do ensino e de assistência para organização e prestação do cuidado integral às usuárias. Os resultados apontam para a necessidade de reestruturação no processo de trabalho favorável ao trabalho coletivo.

Quando precisamos discutir algum protocolo, tudo é amplamente discutido. [...] mas cada setor tem sua regra ou dinâmica. As equipes se integram, interagem, mas cada qual ao seu modo, não existe de forma generalizada. A enfermagem trabalha de um jeito, os médicos já são de outro e o ensino também (méd. 01).

Na assistência integral e humanizada, pensamos numa equipe de profissionais, de pessoas com conhecimentos diversificados, diferentes e específicos que se complementam e coadunam. Aí neste aspecto acho que na clínica obstétrica ainda falta caminhar. Há um predomínio da assistência e das condutas médicas. [...] Essa integração é muito frágil e pontual! Ela não consegue unir a atenção. Cada área de conhecimento presta a sua assistência de forma muito desintegrada, muito individualizada. [...] É preciso criar esses espaços (docente 01).

Equipes que trabalham de forma isolada e/ou fragmentada podem ter leituras parciais, distorcidas ou equivocadas da problemática em questão. Cujo resultado não é propriamente um projeto de equipe, mas ações e intervenções incoerentes ou mesmo contraditórias, que diminuem a resolutividade e a possibilidade de sucesso, aumentando os possíveis riscos para saúde dos usuários (OLIVEIRA, 2008).

A criação de um projeto terapêutico singular ou de intervenção, para Campos (2010) parte do pressuposto do trabalho em saúde como uma práxis, que se opera a partir de um dado saber acumulado, científico com suas teorias e métodos previamente estudados e experimentados. E, a partir deste saber estruturado, dos valores do sujeito e da cultura, profissionais e equipes responsáveis são capazes de construir coletivamente um novo modo de agir e produzir saúde.

Outro desafio vivenciado por profissionais do campo do ensino e da assistência reside na articulação entre o real e o ideal na execução do trabalho, dos cuidados e intervenções de saúde que estejam baseadas nas atuais políticas de atenção à saúde materna e no conhecimento científico.

O Brasil tem muito esta característica de ter a coisa muito boa, justa e bonita no papel. Que não são contempladas na prática! Sempre considero que o ideal é muito longe do concreto, de difícil conciliação. O concreto e o ideal, a realidade e o ideal, terão sempre uma distância. Temos que estar sempre em busca de uma utopia mesmo, porque é buscando o melhor que vamos alcançando! (docente 01)

A Ergonomia da Atividade nos traz importante contribuição para esta discussão ao fazer a distinção entre atividade e tarefa, bem como do trabalho prescrito e trabalho real. A tarefa diz respeito ao que se tem a fazer e o como fazê-lo, os objetivos a serem atingidos em uma dada condição pré-fixada e com a previsão dos resultados antecipadamente –

denominado de trabalho prescrito. Por outro lado, as condições e resultados pré-determinadas não correspondem exatamente às condições reais e nem aos resultados efetivos, há sempre certa variabilidade. Ou seja, a atividade compreende a maneira como os resultados são obtidos e que meios são utilizados, daquilo que é mobilizado no trabalhador para efetuar o que fora solicitado – constituindo o trabalho real (GUÉRIN et al, 2001).

Para Schwartz e Durrive (2010), no trabalho não há pura execução e sim uso, as normas e prescrições não antecipam tudo, ao trabalhar faz-se o “*uso de si*”, ou seja, se faz escolhas em uma tentativa de “*desanonimar o meio*”, pois viver sob total imposição de normas se torna “*invivível*” e profundamente patológico. A mudança no modo de perceber a atividade como algo que não pode ser dado a priori, em constante modificação e que conseqüentemente nunca se repete, expõe toda uma relação do homem com o trabalho como algo que ultrapassa a relação mercantil e penetra em um meio das relações sociais, do viver junto. E assim sendo, ele pode agir tanto para oprimir como para libertar, para alcance da saúde ou inversamente o adoecimento.

Constatou-se que os trabalhadores de saúde cotidianamente são confrontados com inúmeras exigências e metas a serem atingidas pelo trabalho prescrito. Essa normatividade por vezes contrapõe-se a realidade permeada por limitações anteriormente aqui descritas como a precariedade e/ou insuficiência de: estrutura e ambiência, número reduzido de leitos, desorganização da rede e do serviço, falta de recursos materiais e equipamentos etc. Neste sentido, observa-se a redução da autonomia dos trabalhadores sobre o processo de trabalho e em sua capacidade criativa, sendo submetidos às normas e sanções sem que os mesmos tenham as condições necessárias e favoráveis para o desempenho da atividade.

Conforme afirmativa deste entrevistado, ao considerar que as condições e a organização do trabalho não são condizentes com as normatizações e recomendações estabelecidas pelo MS e demais parâmetros de qualidade da assistência obstétrica vigentes.

De maneira muito mais teórica do que prática, existe toda uma estrutura teórica muito bem montada, muito bem organizada, com um fluxograma muito bem descrito e colorido. Porém na prática eu vejo poucas mudanças, com muitas exigências sem meios para cumpri-las, na realidade vemos que está muito longe do que se precisa alcançar!. [...] O projeto no papel diz que a mulher tem direito a um leito, a privacidade, diz que ela tem direito a muitas coisas [...] E as condições para isso? Você vai encontrar lá na legislação que o descumprimento, o profissional poderá ser responsabilizado (méd. 03).

Alguns residentes entrevistados consideraram que a sobrecarga de atividades e a multiplicidade de tarefas com curto período para execução, sem que haja articulação com a complexidade e as exigências das usuárias atendidas no serviço, afetam a aprendizagem de

forma negativa. Mais amplamente colocam em risco a segurança do atendimento às usuárias, pois associaram a sobrecarga de atividades a possibilidade do cometimento de erros. A situação relaciona-se principalmente com o estresse ocasionado pela assistência ao alto risco materno e neonatal, além da frequente superlotação do setor e da rede. A alta carga de estresse vivenciada pelos residentes expõe ao risco para saúde mental dos mesmos, cuja evidência pôde ser constatada através da verbalização do participante – “você fica doido”.

Tem dia aqui que você enlouquece. Porque não damos conta de absorver tantas pacientes, são muitos casos graves, você precisa ser ágil, fazer mil coisas ao mesmo tempo. Somos expostos ao risco de errar! E aí, você não consegue aprender coisas importantes para sua formação de forma eficaz porque está ocupado fazendo mil tarefas. Você fica é doido! (resid. 02).

A alta demanda foi apontada como uma das dificuldades para melhor desempenho da atividade de ensino pelos profissionais. Discorreram sobre a necessidade de comprometimento e interesse dos alunos, um bom nível de conhecimento teórico prévio para que durante a permanência no setor seja mais produtiva a aprendizagem dos conteúdos de ordem prática.

[...] a demanda do trabalho dificulta e de fato muitas vezes não temos a chance de estar explicando tanta coisa para esse aluno. Mas é um aluno que precisa estar ciente pelo menos da teoria, para que prática ele possa aproveitar e ver o que está fazendo, esteja do lado. E, não o profissional ficar o tempo todo buscando esse aluno e chamando para que aprenda e esteja com ele (enf 01).

Na avaliação da maior parte dos trabalhadores participantes, ainda que não se trabalhe em condições ideais a aprendizagem discente não tem sido prejudicada, dando-se ênfase ao processo reflexivo e preparatório destes alunos para a realidade de saúde atual e dos possíveis obstáculos que enfrentarão no cotidiano dos serviços de saúde.

Os docentes, nós da área médica, a enfermagem, toda área técnica conseguimos aqui passar o que é necessário aos alunos e de forma correta. Explicar o que pode e precisa ser mudado, mostrar que nem sempre o que foi feito era o ideal e os motivos de porque não se fez. Eu convivo em outros hospitais com alunos e residentes, percebo que no HU existe uma maior preocupação com o cuidado, em atingir as metas e com a qualidade. Eu defendo muito esse hospital (méd. 05).

Sobre a existência de divergências entre a assistência preconizada e o cuidado dispensado às usuárias, esteve presente para 65,52% e 66,67% dos alunos de medicina e enfermagem respectivamente. Entretanto, não houve dificuldade de articulação entre teoria e assistência para 67,10% do total de discentes participantes (Tabela 4), confirmando a afirmativa dos profissionais. E, na perspectiva docente, naturalmente o conhecimento acadêmico avança primeiro e posteriormente este se incorpora na prática cuidadora.

Na verdade, o ensino e a assistência andam em descompasso. Historicamente o conhecimento teórico avança muito antes do que o alcance das práticas, com base nas necessidades de saúde previstas neste conhecimento teórico. Então sempre existirá certa distância e dicotomia entre a teoria e a prática. Nosso objetivo é sempre aproximar e tornar realidade (docente 01).

Para Freire (2002, p. 68), "ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo". Na educação problematizadora ou para liberdade, educador e educando estabelecem uma relação horizontal e de constante diálogo, de respeito ao conhecimento prévio do educando, em um processo reflexivo de proposição e não de imposição. Neste sentido, a educação como prática libertária propicia ao indivíduo a possibilidade de transformar a si e a realidade, portanto inversa à dominação e a percepção do homem desconectado do contexto do mundo que o cerca.

A formação apreendida a partir do conceito-ferramenta criatividade proposto por Abrahão e Merhy (2014), implica no reconhecimento da realidade e das infinitas possibilidades de combinações possíveis de “ser, ver e experimentar”, em fazer uso do saber que surge do encontro dos sujeitos e das experiências de trabalho, em um gesto espontâneo capaz de reinventar novos modos de ensinar e aprender.

A introdução de novas formas de comunicação, através da criação de grupos e participação nas redes sociais ou em aplicativos de celular, tem desempenhado um papel importante na transmissão de informações, articulação de conhecimentos teóricos e práticos. Os residentes consideraram que esse dispositivo de comunicação, possibilitou a criação de um espaço coletivo de discussões para tomada de decisões e intervenções de forma mais segura e responsável durante a formação. Houve a melhoria da qualidade e agilidade dos atendimentos às usuárias do serviço, aumentou a autonomia dos residentes e facilita as discussões clínicas através do contato entre profissionais/staffs e demais residentes.

Nós temos um grupo de [nome do aplicativo] dos residentes do HU. Então é muito bom! Eu coloco lá no grupo o caso e logo um colega já responde e a gente discute, combina e resolve tudo mais rápido. Depois desse grupo mudou foi tudo! Muito ético e poupou muito elevador para mim (resid. 03).

Tem doutor que nem está no plantão e te ajuda! Dá uma ligada, mandam mensagens e artigos por celular. Precisamos de ajuda, [...] você está com dúvida, não está conseguindo entender ou não confia muito no que está acontecendo. Conversando me sinto mais aliviada, amparada com discussão com outro profissional, que te orientou bem (resid. 02).

A integração frutífera entre ensino e assistência tem sido observada na revisão e criação dos protocolos do serviço a partir das aulas e discussões junto aos residentes. Refletem a existência da participação compartilhada na tomada de decisão, em um processo reflexivo e responsável, que tem contribuído para melhoria da qualidade da assistência.

Temos carga horária da parte teórica e prática. Temos aulas terças e quartas de noite e são aulas com outros especialistas de muito bom nível.. Não são todos os serviços que proporcionam isso. [...] Acaba que nossas aulas teóricas estão mudando o protocolo do serviço. E mudando o protocolo acaba que nossa conduta também muda e melhora a assistência. No HU nossos staffs já têm consciência que eles vêm para cá para atender e serem médicos, mas também para serem nossos professores. Eles nos incentivam muito, ensinam, nos colocam para pensar (resid. 03).

Outro aspecto destacado pelos participantes da pesquisa relacionou-se com a formação adequada dos discentes para atuarem na Atenção Básica, uma vez que estes irão compor equipes ESF e participarão no acompanhamento do Pré-natal. A formação neste contexto foi considerada como um aspecto fundamental e decisivo nos desfechos (des) favoráveis maternos e neonatais, para segurança e qualidade da assistência prestada por estes profissionais inseridos em equipes de ESF.

Tentamos passar aos internos um pouco da nossa experiência e conhecimento, para que saiam daqui com o mínimo de orientação. Nos PSFs atuarão como clínicos gerais e atenderão pacientes obstétricas. Precisa saber conduzir até para não dar bronca depois. Chegam pacientes no HU, vindas do PSF com medicação e condutas erradas, passadas pelo doutor do PSF. A falta de informação e formação daquele médico pode mudar toda história da usuária e o desfecho do caso. (resid. 01).

Ao ser investigado o nível de conhecimento e competências mínimas para ingresso no internato e/ou estágio na Clínica Obstétrica do HU, a maioria dos discentes de enfermagem (48,72%) e de medicina (43,10%) o qualificaram como bom. O percentual daqueles que o consideraram como regular correspondeu a 33,55% do total de entrevistados. Discentes de enfermagem (61,54%) demonstraram sentir maior confiança e capacidade de resolutividade para o bom atendimento das usuárias internas no setor, a partir dos conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente (Tabela 5).

Quanto à forma de transmissão de ensinamentos e conteúdos em obstetrícia por parte dos profissionais e preceptores lotados na maternidade do HU, quase a metade (49,03%) do total de entrevistados a qualificaram como boa, somente três discentes do total de entrevistados afirmaram ser péssima e para outros seis é ruim. Novamente observou-se maior satisfação entre os discentes de medicina, 48,28% a qualificaram como boa e para 25% é ótima. Observou-se também maior satisfação dos discentes de ambos os cursos de graduação com a transmissão de ensinamentos e conteúdos na área de obstetrícia por parte dos docentes. Para 52,26% dos entrevistados é boa e 32,90% afirmaram ser ótima. Especificamente sobre os ensinamentos envolvendo os princípios éticos e de cortesia, orientados por professores e profissionais, houve alta satisfação dos discentes (128) entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5 – Percepção dos discentes quanto ao aprendizado e desenvolvimento de competências para o atendimento em obstetrícia, 2016.

| Dimensões avaliadas | Medicina | | Enfermagem | | TOTAL | |
|--|----------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Nível de conhecimentos teóricos e competências ao ingressar no estágio/internato | | | | | | |
| Péssimo | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 6 | 5,17 | 2 | 5,13 | 8 | 5,16 |
| Regular | 41 | 35,34 | 11 | 28,21 | 52 | 33,55 |
| Bom | 50 | 43,10 | 19 | 48,72 | 69 | 44,52 |
| Ótimo | 15 | 12,93 | 7 | 17,95 | 22 | 14,19 |
| Não se aplica | 1 | 0,86 | 0 | 0,00 | 1 | 0,65 |
| Nível de conhecimentos e habilidades para o bom atendimento com confiança e resolutividade | | | | | | |
| Péssimo | 2 | 1,72 | 1 | 2,56 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 6 | 5,17 | 2 | 5,13 | 8 | 5,16 |
| Regular | 32 | 27,59 | 8 | 20,51 | 40 | 25,81 |
| Bom | 57 | 49,14 | 24 | 61,54 | 81 | 52,26 |
| Ótimo | 17 | 14,66 | 4 | 10,26 | 21 | 13,55 |
| Não se aplica | 2 | 1,72 | 0 | 0 | 2 | 1,29 |
| Forma de transmissão de ensinamentos e conteúdos em obstetrícia por professores | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 0 | 0,00 | 1 | 0,65 |
| Ruim | 4 | 3,45 | 2 | 5,13 | 6 | 3,87 |
| Regular | 10 | 8,62 | 5 | 12,82 | 15 | 9,68 |
| Bom | 64 | 55,17 | 17 | 43,59 | 81 | 52,26 |
| Ótimo | 36 | 31,03 | 15 | 38,46 | 51 | 32,90 |
| Não se aplica | 1 | 0,86 | 0 | 0,00 | 1 | 0,65 |
| Forma de transmissão ensinamentos e conteúdos em obstetrícia por profissionais/ preceptores do HU | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 2 | 5,13 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 4 | 3,45 | 2 | 5,13 | 6 | 3,87 |
| Regular | 22 | 18,97 | 10 | 25,64 | 32 | 20,65 |
| Bom | 56 | 48,28 | 20 | 51,28 | 76 | 49,03 |
| Ótimo | 29 | 25,00 | 5 | 12,82 | 34 | 21,94 |
| Não se aplica | 4 | 3,45 | 0 | 0,00 | 4 | 2,58 |
| Ensinamentos, orientações de professores e profissionais sobre ética e cortesia | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 2 | 5,13 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |
| Regular | 16 | 13,79 | 5 | 12,82 | 21 | 13,55 |
| Bom | 54 | 46,55 | 16 | 41,03 | 70 | 45,16 |
| Ótimo | 42 | 36,21 | 16 | 41,03 | 58 | 37,42 |
| Não se aplica | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

Fonte: a autora

Na percepção docente, a atividade de ensino introduz maior quantitativo de pessoas envolvidas no cuidado e interfere no nível de exposição física e psicológica destas usuárias. Assim, a função de ensino exige a constante vigilância ética e revisão dos próprios atos para que estes estejam em consonância com as políticas públicas, de garantia e respeito aos direitos reprodutivos das usuárias.

Os HUs têm uma natureza diferenciada. Nós temos aqui alunos de todas as áreas de formação em saúde dentro hospital. E quando se fala em humanização do cuidado, também temos que rever nossas práticas. O ensino nos leva a repetição de procedimentos, a repetição de suas histórias de vida, de seu sofrimento para diversos profissionais. [...] Embora a formação precise, o ensino deve estar bem ajustado, integrado com a assistência e com todas essas políticas para garantir e não ferir os direitos desta mulher (docente 01).

Para esta enfermeira entrevistada os estudantes com frequência querem observar os procedimentos sem que haja contato anterior, solicitação de consentimento e criação de vínculo com as usuárias. Exigindo dos profissionais e docentes envolvidos no cuidado a contextualização da situação junto aos discentes, com reforço sobre as condutas éticas que devem guiar o cuidado, assim como a aprendizagem.

Acontece de todos estarem ali assistindo o parto até o bebê nascer, nasceu é como se desse uma secada na sala. Ou então, chegam uns que nem partejaram a paciente, que sequer conversaram com ela, chegam ali na hora e querem olhar o nascimento e pronto. Não tem nenhum vínculo. E, sabemos que não é bem isso! Não é um objeto! Isso é constantemente revisto e conversado com os alunos quanto ao consentimento da própria paciente (enf. 1)

Para alguns entrevistados houve a percepção de que o exame ginecológico e a assistência ao parto naturalmente levam a exposição do corpo feminino, envolta em questões de pudor, preconceito e relações desiguais de gênero que influenciam a percepção da privacidade e expressão livre das mulheres durante a parturição. Para este entrevistado, através do estabelecimento de uma relação respeitosa e com vigilância o profissional é capaz de detectar situações de desconforto ou constrangimento que a usuária transmite em atitudes, gestos e até mesmo no olhar, independente da queixa formal.

O parto é um momento que naturalmente a paciente fica mais exposta. Mas também não vejo nada que ela possa reclamar quando ela é tratada com respeito. [...] Não é algo que incomode a paciente. Expor o corpo é uma imposição do exame ginecológico e obstétrico, que é por si só íntimo. [...] Mas acho que esta é uma questão bem tranquila, não sinto dificuldade nisso. Nem vejo as pacientes reclamarem. Não é necessário reclamar! Você vê no olhar da paciente, na expressão do rosto e no comportamento quando ela está constrangida (méd. 4)

Dentre as usuárias entrevistadas houve consenso ao apresentarem alta satisfação com atendimento cordial, respeitoso, gentil e carinhoso pelas equipes da maternidade, UTIN e UCIN, bem como pelos discentes.

Olha eles me trataram super bem! Eu sempre gostava quando elas me examinavam e conversavam comigo porque eu percebia que estavam fazendo tudo com carinho. [...] Eu sempre fui tratada de uma forma humana, acho que como todas que estão aqui, também são bem tratadas (usuária 7)

Em relação a minha filha eu não tenho do que reclamar, fico com ela a maioria do tempo na UCIN, quando venho para cá eu me sinto segura porque sei que ela está sendo bem tratada. Percebo o carinho, o cuidado com ela. [...] quando ela chora eles me chamam, pegam no colo, acalmam. Então isso me tranquiliza! (usuária 02)

Entre os profissionais entrevistados, o atendimento no HU tem sido pautado no respeito, dignidade e cortesia praticados por todas as equipes. Neste aspecto consideraram que o hospital e seu corpo assistencial são reconhecidos pelas usuárias, dentre as demonstrações

que evidenciam a satisfação, cita-se a recusa em serem encaminhadas para outros serviços e retornos à maternidade para agradecimento após a alta.

Aqui se trata muito bem a paciente. [...] veja como é a mentalidade das pacientes que comprovam isso que estou dizendo. Elas querem ficar aqui, não querem ir embora e preferem ficar no corredor daqui do HU do que ir para outra maternidade que tenha vaga (resid. 03).

Aqui na maternidade procuramos sempre tratar bem as usuárias e eu percebo que elas saem muito satisfeitas daqui! Tem pacientes que retornam para agradecer, mostrar como o bebê está se desenvolvendo. É muito gratificante ver nosso trabalho reconhecido (enf. 02).

Para um dos entrevistados cortesia, dignidade, respeito são elementos culturais e educacionais, que cada indivíduo traz de acordo com sua própria história e meio social, desenvolvidas ao longo da vida. Discorda que este seja um atributo da formação profissional. Acrescenta ainda que no interior das instituições reproduzem-se comportamentos e fatos do mesmo modo que em todos os outros espaços da sociedade, os hospitais não são uma exceção. Assim, em sua interpretação tais situações devem ser avaliadas e trabalhadas em nível individual pela instituição.

Cortesia, gentileza, carinho, afeição, respeito são qualidades que você adquire no decorrer da vida, aprendizado desde sua infância, transmitido para sua geração. [...] nenhuma faculdade é capaz de implantar isso na vida de qualquer ser humano. Acho que isso deveria ser 100% avaliado de maneira individual. [...] Da mesma forma que ele trata esse paciente no hospital, vive e trata as pessoas em outros locais também desta maneira. Então é um problema social e não um problema profissional (méd. 3).

A participação dos docentes e departamentos de ensino ligados aos cursos de graduação em medicina e enfermagem para transformação e melhoria da assistência no HU, foi considerada como boa para 46,45% do total de discentes entrevistados e somente 11 alunos avaliaram a participação como ruim ou péssima. A maior satisfação foi observada entre os discentes de medicina, 67,24% a qualificaram como boa e ótima (Tabela 6).

Dentre os 155 alunos entrevistados, a satisfação com a organização da assistência do setor foi inferior a 50% quando relacionada à atividade de ensino. Discentes de enfermagem consideraram a assistência desorganizada, neste grupo 43,59% qualificou-a como regular e o somatório dos que consideram a organização do setor como ruim e péssima foi de 17,95%. Enquanto a maioria dos discentes de medicina considera a organização do setor boa (42,24%) ou regular (38,79%) (Tabela 6).

Houve consenso entre alunos de medicina (42,24%) e enfermagem (41,03%) quanto à boa distribuição de atividades e acompanhamento dos mesmos por profissionais e preceptores do setor. E, insatisfação de mais de 1/3 do total de participantes neste aspecto (Tabela 6).

A maioria dos discentes entrevistados qualificou como bom (49,68%) e ótimo (21,29%) o relacionamento interpessoal estabelecido entre discentes e profissionais para a aprendizagem. Houve alta satisfação entre discentes de medicina e apenas cinco entrevistados o qualificaram como ruim e péssimo. Para maioria dos discentes de enfermagem (43,59%) o relacionamento interpessoal é bom, este grupo apresentou percentuais iguais (10,26%) de insatisfeitos em que o relacionamento foi considerado ruim ou péssimo (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção discente sobre a organização do setor e inserção da atividade de ensino na assistência, 2016.

| Dimensões avaliadas | Medicina | | Enfermagem | | TOTAL | |
|---|----------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Participação do ensino (professores e departamento) na transformação e melhoria da prática assistencial | | | | | | |
| Péssimo | 2 | 1,72 | 0 | 0,00 | 2 | 1,29 |
| Ruim | 5 | 4,31 | 4 | 10,26 | 9 | 5,81 |
| Regular | 31 | 26,72 | 12 | 30,77 | 43 | 27,74 |
| Bom | 60 | 51,72 | 12 | 30,77 | 72 | 46,45 |
| Ótimo | 18 | 15,52 | 11 | 28,21 | 29 | 18,71 |
| Acolhimento dos estudantes pelos profissionais do HU | | | | | | |
| Péssimo | 2 | 1,72 | 7 | 17,95 | 9 | 5,81 |
| Ruim | 10 | 8,62 | 5 | 12,82 | 15 | 9,68 |
| Regular | 27 | 23,28 | 9 | 23,08 | 36 | 23,23 |
| Bom | 56 | 48,28 | 14 | 35,90 | 70 | 45,16 |
| Ótimo | 21 | 18,10 | 4 | 10,26 | 25 | 16,13 |
| Qualidade da organização da assistência para propiciar o aprendizado | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 2 | 5,13 | 3 | 1,94 |
| Ruim | 8 | 6,90 | 5 | 12,82 | 13 | 8,39 |
| Regular | 45 | 38,79 | 17 | 43,59 | 62 | 40,00 |
| Bom | 49 | 42,24 | 13 | 33,33 | 62 | 40,00 |
| Ótimo | 11 | 9,48 | 2 | 5,13 | 13 | 8,39 |
| Não se aplica | 2 | 1,72 | 0 | 0 | 2 | 1,29 |
| Distribuição das atividades e acompanhamento pelos profissionais e preceptores | | | | | | |
| Péssimo | 3 | 2,59 | 5 | 12,82 | 8 | 5,16 |
| Ruim | 13 | 11,21 | 4 | 10,26 | 17 | 10,97 |
| Regular | 33 | 28,45 | 10 | 25,64 | 43 | 27,74 |
| Bom | 49 | 42,24 | 16 | 41,03 | 65 | 41,94 |
| Ótimo | 14 | 12,07 | 4 | 10,26 | 18 | 11,61 |
| Não se aplica | 4 | 3,45 | 0 | 0,00 | 4 | 2,58 |
| Relações interpessoais estabelecidas entre os alunos e profissionais para o aprendizado | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 4 | 10,26 | 5 | 3,23 |
| Ruim | 4 | 3,45 | 4 | 10,26 | 8 | 5,16 |
| Regular | 24 | 20,69 | 8 | 20,51 | 32 | 20,65 |
| Bom | 60 | 51,72 | 17 | 43,59 | 77 | 49,68 |
| Ótimo | 27 | 23,28 | 6 | 15,38 | 33 | 21,29 |
| Possibilidade de discussão clínica e troca de experiências junto aos docentes e profissionais para melhor assistência das usuárias | | | | | | |
| Péssimo | 1 | 0,86 | 0 | 0,00 | 1 | 0,65 |
| Ruim | 9 | 7,76 | 6 | 15,38 | 15 | 9,68 |
| Regular | 18 | 15,52 | 15 | 38,46 | 33 | 21,29 |
| Bom | 53 | 45,69 | 14 | 35,90 | 67 | 43,23 |
| Ótimo | 32 | 27,59 | 4 | 10,26 | 36 | 23,23 |
| Não se aplica | 3 | 2,59 | 0 | 0,00 | 3 | 1,94 |

Fonte: a autora. * Excluídas as respostas ‘não se aplica’ quando a frequência observada igual à zero.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo através da abordagem qualitativa e quantitativa possibilitou a compreensão e percepção dos desafios institucionais e dos sujeitos envolvidos para alcance padrões adequados de qualidade assistencial, baseados no modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento.

O serviço foi apontado por todas as categorias de participantes como de excelente resolutividade clínica e alta satisfação das usuárias com o acolhimento e assistência recebida durante a internação. Prevaleceu no discurso dos participantes entrevistados a visão positiva do serviço e que este têm cumprido seu papel de excelência na rede SUS para o ensino e assistência materno-infantil.

Para discentes de graduação a assistência obstétrica foi considerada humanizada por 76,77% dos participantes, a atuação da equipe multiprofissional foi considerada como boa e ótima para 78,45% dos discentes de medicina, enquanto que para enfermagem foi de 61,54%. A assistência no HU foi considerada estar embasada nas boas práticas clínicas por mais de 80% dos estudantes, demonstrando a alta satisfação deste grupo.

As equipes de profissionais de ensino e assistência demonstraram conhecimento, excelente qualificação e motivação para reversão do modelo assistencial tecnocrático em uma assistência pautada no modelo humanístico e utilização das recomendações das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A falta de estrutura e ambiência do setor foi o principal obstáculo apontado por todas as categorias de entrevistados para alcance de melhores resultados e implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Em relação à rede, profissionais apontam que a baixa implantação da RC tem interferido negativamente na qualidade dos serviços ofertados à população, tais como: falta de implantação das CGBP, leitos canguru, centro obstétrico com quarto PPP, ineficiência da central de regulação de vagas, fluxos desordenados entre os diferentes níveis de complexidade e oferta insuficiente de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população, entre outros.

Neste sentido, identificou-se que a estrutura e organização da assistência permanecem pautadas no modelo tecnocrático, exigindo diversas adequações em atendimento as especificações constantes na RC e na RDC nº 36/ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação técnica para funcionamento dos serviços de obstetrícia. Durante o estudo o setor passava por obras de ampliação e reformas apontando para possíveis resultados positivos futuros, sendo esta a expectativa de diversos entrevistados.

A reconstituição da trajetória das usuárias no período que antecedeu a internação para

o parto demonstrou problemas importantes ligados ao componente pré-natal, assim como no atendimento das urgências obstétricas, dentre eles cita-se: a desorganização dos fluxos de atendimento às usuárias na rede; a falta de integração entre os componentes pré-natal e parto; a carência de vagas nas maternidades; a fragilidade dos vínculos criados entre usuárias e equipes de saúde da atenção básica; a peregrinação em busca de atendimento, especialmente de usuárias residentes no interior do estado por carências de serviços com suporte para o atendimento de alta complexidade; a baixa qualidade e resolutividade dos atendimentos nas urgências obstétricas do município motivando a migração para outras maternidades; o não atendimento das necessidades de saúde em tempo oportuno com riscos para a saúde materna e neonatal; falhas no sistema de regulação e transporte seguro das gestantes.

O direito de toda gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade de referência em caso de intercorrências durante a gestação ou atendimento para o parto, frequentemente tem sido negado. O principal motivo apontado pelos entrevistados foi o número insuficiente de vagas e consequente superlotação do serviço e das maternidades rede. Mesmo para as usuárias que realizam o pré-natal de alto risco no serviço de saúde pesquisado não é possível assegurá-lo, gerando frustração entre usuárias e trabalhadores de saúde, contrapondo-se as atuais recomendações de atenção ao parto seguro.

A maternidade do HU pesquisado demonstrou estar em processo para alcance da inserção do acompanhante de forma contínua. Embora, tenha sido constatada a interrupção frequente durante a realização da cesariana. As dificuldades enfrentadas pelo serviço são advindas principalmente pela falta de estrutura, ambiência e rotinas organizacionais inadequadas ao pleno cumprimento da legislação e especificações estabelecidas nas políticas públicas.

O estudo constatou que a maior parte dos profissionais se encontra sensibilizada para o acolhimento, orientação e participação do acompanhante em todo o processo. Houve consenso quanto à boa qualidade da alimentação fornecida, porém observou-se o desconforto e falta de privacidade para acolhimento dos acompanhantes são fatores que comprometem a qualidade da assistência prestada e reduzem a satisfação dos usuários com o serviço prestado. A percepção de que o acompanhante atrapalha no momento do parto e a presença masculina, são questões que ainda não foram completamente superadas.

Os resultados qualitativos e quantitativos referentes à ocorrência de violência obstétrica foram contraditórios, ou seja, entre os grupos entrevistados e aqueles que responderam aos questionários fechados. A abordagem qualitativa evidenciou ausência unânime da violência obstétrica no HU, enquanto na percepção dos estudantes que

responderam aos questionários houve situações caracterizadas por violência para 23,23% dos acadêmicos de enfermagem e medicina. O tipo de violência mais frequente foi a verbal (10,32%), seguida da violência psicológica (7,10%). Em outras maternidades da rede, o depoimento de uma usuária evidenciou a ocorrência de violência obstétrica e as entrevistas com residentes apontaram que a prática de procedimentos como o uso fórceps para fins de aprendizado, também é uma realidade em outros serviços. Considera-se haver limitação dos instrumentos utilizados e a necessidade de investigação em profundidade sobre a violência obstétrica, visando a melhor compreensão e intervenções sobre este grave problema de saúde pública.

O acesso à informação é um direito dos usuários, primordial para que mulheres e familiares conheçam os benefícios do parto seguro, qualificado e humanizado, onde todos os seus direitos reprodutivos sejam respeitados. O pré-natal foi apontado como momento mais oportuno de informar e preparar as gestantes e seus acompanhantes para o parto. Não eximindo as maternidades de seu papel específico durante a internação.

Observou-se alta satisfação das usuárias com as informações recebidas durante a internação e o empenho dos profissionais em realizar a escuta e orientações necessárias. Usuárias destacaram a importância das orientações para: compreensão de seu estado de saúde ou do recém-nascido; tomada de decisão; autonomia durante o parto e cuidados na internação; transmissão de segurança, confiança, redução do medo e ansiedade; criação de vínculos com os profissionais de saúde. As atividades educativas em alojamento conjunto foram valorizadas pelas usuárias, especialmente sobre: autocuidado e cuidados com o RN, alimentação, higiene, amamentação, calendário vacinal, puericultura e orientações sobre cuidados específicos aos prematuros após a alta hospitalar.

A atividade de ensino e a disponibilidade de tempo dos discentes foram apontadas como fatores positivos que favorecem informar as usuárias e uma importante atividade de educação em saúde realizada pelos estudantes. Entretanto, para alguns profissionais o volume de atendimentos e a sobrecarga de trabalho foram apontados como obstáculos em proporcionar informações mais detalhadas ou verificar o grau de compreensão das usuárias.

Profissionais associaram a falta de informação e falhas de orientação durante a gestação ao baixo protagonismo na parturição, a passividade das mulheres frente às condutas adotadas pelos profissionais de saúde, as dificuldades de apropriação e exercício de seus direitos reprodutivos pelas mulheres. A carência de informações demonstrou impactar negativamente a aceitabilidade e participação das usuárias e de seus acompanhantes nos cuidados e práticas de incentivo ao parto normal. Para algumas o desconhecimento dos

benefícios do parto natural e do processo fisiológico do trabalho de parto, potencializa sentimentos negativos como a angústia, insegurança e medo. Demonstrou interferir também na percepção das usuárias sobre a resolutividade da assistência, com tendência a solicitação de celeridade e abreviação do processo através dos pedidos frequentes por cesarianas desnecessárias ou relações conflituosas junto aos profissionais de saúde.

Assim, a escuta terapêutica e a abertura de canais de comunicação com a criação de vínculos entre usuárias e profissionais, que estimulem a autonomia e participação no processo decisório são essenciais para alcance do modelo humanístico de atenção. A formação de grupos de orientação, cursos, palestras e materiais informativos contribuem para o protagonismo das mulheres na parturição e participação dos acompanhantes durante a internação obstétrica.

O conjunto dos resultados demonstra a ocorrência de um período de transição para alcance do modelo humanístico, com a convivência de dois modelos conflitantes e diversos desafios ainda não superados. Assim, a assistência no HU ainda demonstra forte influência do modelo tecnocrático de atendimento ao parto. Evidenciado por seu enfoque curativo, com ênfase na resolutividade clínica, no desenvolvimento de habilidades e técnicas por parte dos estudantes.

Investimentos no setor saúde e educação são essenciais para garantia da qualidade na atenção ao parto e nascimento humanizado e reversão do modelo assistencial.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- AGUIAR, J. M.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 2287-2296, 2013.
- AIRES, N. T. et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 263-270, 2015.
- ALVES, M. T. S. S. B, et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 229-239, 2014.
- ANDRADE, M. A. C. et al. A garantia do acesso ao acompanhante: uma experiência Prática no cenário do apoio institucional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, 2014. p. 401-416. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 127-144.
- AZEVEDO, V. F. Uma breve história da tarde na formação de médicos. **Rev. Iátrico**, Curitiba, n. 35, p. 40-48, 2015.
- BARBA, M. D.; BARIFOUSE, R. 'Desvalorização' de parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas. British Broadcasting Corporation, São Paulo, 15 abr. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb>. Acesso em: 11 mar. 2018.
- BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: Coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, Paris, n. 110, p. 120-129, 2003.
- BARROS, M. E. B. et al. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S.

B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador de saúde: muito prazer!** Ijuí: Unijuí, 2007. p. 99–121.

BITTENCOURT D. A.S et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Pesquisa Nascer no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S208-S219, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012b. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica(PMAQ-AB)**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php> Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: ciência e tecnologia em saúde**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_led.pdf>. Acesso em 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014a. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto_0.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011b. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 6 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf> Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade maternal e**

neonatal. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2004a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993.** Aprova as normas básicas para a implantação do sistema "alojamento conjunto". Brasília, DF, 26 ago. 1993. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_MS_1016.pdf>. Acesso em: 4 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005.** Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2 dez. 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 7 jan. 2010. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, DF, 31 maio 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.262, de 6 de junho de 2014.** Aprova a Etapa I do Plano de A o da Rede Cegonha do Estado da Paraíba e aloca recursos financeiros para sua implementa o. Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1262_06_06_2014.html>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organiza o da aten o integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília, DF, 24 out. 2016. Disponível em: <www.poderesaude.com.br/novosite/images/24.10.2016_I.pdf> Acesso em: 7 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 4 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 Abr 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2555-2564, 2016.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições o método roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S14-S16, 2014.

COMES, Y. et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Brasil). **Diretrizes de atenção à gestante:** a operação cesariana. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>. Acesso em: 4 de dez. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Brasil). **Diretriz nacional de assistência ao parto normal:** relatório de recomendações. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acessado em: 10 jan. 2017.

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

COSTA, R. et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist. enferm. Rev. eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS, UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 385-95.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G et al . Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de Reestruturação do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa, 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/contrato/-/asset_publisher/70IGU10aZ2Mh/content/contrato-hospital-universitario-lauro-wanderley-hulw-ufpb/15796>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 303-312, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, M. S. et al. Degree of satisfaction of puerperal women about the quality of care in Rooming-in of a Public Maternity. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2697-2706, 2015.

FIGUEIRÊDO, R. P. **O estudo da morbidade materna e do conceito em uma maternidade pública de João Pessoa, Paraíba**. 2013. Tese (Doutorado Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco, 2005. p.181-93.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. eletr. enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-28, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=relat>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GRAMACHO, R. C. C. V.; SILVA, R. C. V. Enfermagem na cena de Parto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, 2014. p. 183-200. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

GUBA, E. LINCOLN, Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: **Sage Publications**, 1989.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 50-55.

HOTIMSKY, S.N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** 2007. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** 4 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

JOUTEAU-NEVES, C.; MALAQUIN-PAVAN, E. **L'infirmier (e) et les soins palliatifs prendre soin: éthique et pratiques.** 5. ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.

KVALE S. **An Introduction to Qualitative Research Interview.** Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications; 1996

LAKATOS, M. A. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S5, 2014.

LUCE, J. M. et al. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. **West J. Med.**, Rockville Pike, v. 160, n. 3, p. 263-268, 1994.

LUZ, M. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005.

MAGALHÃES, H. M. J. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. saúde debate**, Londrina, p. 15-37, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2017.

MAIA, V. K. V. et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, 2017.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, A. C. G. **Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das emergências.** Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São

Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, L.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1563-1583, 2012.

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 301-316

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 928-941, 2014.

NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Nova Iorque, 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S; GERREIRO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.283-296.

OLIVEIRA-PEREIRA, T. T. S. et al. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.

OLIVEIRA, R. S.; PINTO, G. R. Mães de suas decisões: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **Rev. mest. dir. Univ. Católica Brasília**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 378-405, 2017.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 128-136, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Appropriate Technology for Birth. **Lancet**, London, v. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, 2015a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 18 maio 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal, um guia prático**. Genebra, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf> Acesso em: 4 ago. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tendências da mortalidade materna: 1990-2015 – Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas**. Genebra, 2015b. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/>>

publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> Acesso em: 6 de maio 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Portaria CD49/16. **Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde**. Washington, 2009.

Disponível em: <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-16-p.pdf>> Acesso em: 5 ago. 2017.

d'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-168, 2014.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PARAÍBA. Secretaria de Saúde do Estado. **Paraíba incentiva o parto normal**. João Pessoa, 7 jan. 2015. Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/paraiba-incentiva-o-parto-normal-por-meio-de-acoes-e-servicos-humanizados/>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

PATRIOTA, T. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento - plataforma de Cairo 1994**. Cairo, 1994. Disponível: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.

PIGNATELLI, F. Que posso fazer? Foucault e a questão da liberdade e da agência docente. In: SILVA, T. T. (Org.). **Os sujeitos da Educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 127-154.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 5 maio 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da Saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus (Brasília)**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, 2014.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

SAFRAN, D. Humanisme et médecine. In: HERVÉ, C.; MARTINENT, É. (Org.). **Verbatims des Rencontres d'Hippocrate 2014**. Bordeaux: Revue Générale de Droit Médical, 2014. p.27-55.

- SANTOS-FILHO, S.B. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Saúde transform. soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 1-10, 2014.
- SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cad. Cult. Cienc.**, Crato, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.
- SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crit. Cienc. Soc**, Coimbra, n. 85, p. 65-82, 2009.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. M. (Org.) **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 207-227.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.
- SERRUYA, S. J. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S36-S37, 2014.
- SILVA, A. L. A. et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00175116, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2018.
- SILVA, A. L. A. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife**: um estudo de caso por triangulação de métodos. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
- SILVA, B. G. C. da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016.
- SILVA, J.P.V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-73.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.
- SILVA, R. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de

- parto e no parto. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES, H. M. J. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013.
- SOUSA, L. M. O.; ARAUJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, e00101616, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2018.
- SOUZA, J.P., PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S11-S13, 2014.
- SZWARCWALD, C. L. et al . Estimacão da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S71-S83, 2014.
- TANAKA, O. U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F.M. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121- 136.
- TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e Segurança no Cuidado de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.373-382.
- UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. Historia do alojamento conjunto. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- VEGA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NASR, A.M.L.F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00197315, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2018.
- VENTURI, G.; GODINHO T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: SESC, 2013.
- VIACAVA, F. et al . Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.
- VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

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

ZABOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 63–78.

ZANARDO, G. L. P. et al . Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2018.

APÊNDICE A – Capítulo de livro

Capítulo de livro aprovado para publicação em 2018, através da Editora UFPE, no Livro intitulado: “**Políticas de saúde: algumas abordagens teóricas e metodológicas**”. Org. MENDES, ACG; NETO, PMS; SANTOS, FAS.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: CONCEPÇÕES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Ana Lúcia Andrade da Silva

Ana Maria Ramos

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

1. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUA QUALIDADE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assume uma posição de liderança na facilitação dos esforços dos Estados-Membros em desenvolver diferentes abordagens para a garantia da qualidade no âmbito dos sistemas de saúde. Trata-se do reconhecimento de que cada pessoa tem direito a receber o melhor que os serviços de saúde possam oferecer (SERAPIONI, 2009).

Nos últimos anos a qualidade tem sido considerada um componente estratégico na maioria dos países, independente do nível de desenvolvimento econômico e tipo de sistema de saúde implantado. Não se admite mais a concepção de que a qualidade é uma prerrogativa dos países ricos e /ou com sistemas de saúde avançados (SERAPIONI, 2009).

Inúmeras são as razões que vêm contribuindo para a reflexão e o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre as quais destacam-se: a não adequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos usuários; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera; o desperdício advindo da escassa eficácia (SHAW; KALO, 2002).

Nesse sentido, a alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais, seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas, assim como a variabilidade dos

custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, têm determinado a necessidade em introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2001).

Alguns estudos e iniciativas por parte de profissionais demonstram remontar a longa data a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados. Um importante estudo envolvendo a qualidade da assistência foi realizado pelo húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, que em 1846 investigou a febre puerperal no Hospício Geral de Viena, na Áustria. O médico observou que a mortalidade por febre puerperal era mais alta nos locais onde trabalhavam estudantes de medicina, em comparação aos locais de atuação das parteiras. Concluiu, assim, que se tratava de infecções causadas por falta de higienização das mãos dos estudantes após a dissecação de cadáveres. Somente houve reconhecimento de seus achados após as descobertas de Pasteur e do desenvolvimento da microbiologia, em 1857 (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

Destaca-se também as intervenções da enfermeira Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia (1854-1856), nas mediações de Istambul (Turquia), que, através de relatórios e estudos estatísticos, concluiu que havia alta mortalidade dos soldados hospitalizados. E relacionou a ocorrência da alta mortalidade com as condições ambientais, superlotação, falta de ventilação, limpeza, tratamento do esgoto e conforto. Após três meses da implantação de modificações, a taxa de mortalidade entre os soldados caiu de 42,7% para 2,2%. Florence conseguiu comprovar que a mortalidade não estava associada à gravidade dos ferimentos de guerra, e, sim, com as condições do cuidado, que propiciavam infecções (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

Apesar de já haver iniciativas pontuais de avaliação e da busca da qualidade na atenção à saúde no século XIX, o desenvolvimento do campo de estudos sistematizados da qualidade remonta ao século XX, podendo ser apresentado em três etapas. Iniciando com a "*Quality Assurance*" (*Garantia da Qualidade*), desenvolvida nos Estados Unidos, no início do século XX, para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos, considerada o primeiro processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Somente a partir da década de 1960, com os estudos de Avedis Donabedian, a "*Quality Assurance*" ganha corpo conceitual e metodológico, e se difunde em vários países, com o apoio da OMS. Até a primeira metade dos anos 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde se referia à dimensão técnica, à escolha das práticas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico científico (SERAPIONI, 2010).

O segundo momento, que eclode no final dos anos 1980, incluiu os aspectos organizacionais e os processos gerenciais. São os sistemas de *Qualidade Total* e *Melhoramento Contínuo da Qualidade, Certificação de Qualidade e Acreditação Institucional*. Já na terceira etapa houve a ênfase no cliente simultânea à adoção de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes, legitimando o ponto de vista do usuário e a importância da sua satisfação (DONABEDIAN, 1980; SERAPIONI, 2009; TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, buscando-se satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam. O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas a multidimensionalidade do termo qualidade ainda hoje representa um desafio para o campo da saúde coletiva, uma vez que se percebe uma dificuldade não apenas em conceituar qualidade em saúde, mas até mesmo em identificar os sentidos da polissemia inerente ao termo *qualidade* (ARAÚJO; FIGUEIREDO; FARIA, 2009; SERAPIONI, 2010; UCHIMURA, BOSI, 2002).

Como a qualidade envolve sempre uma multiplicidade, cabe agora apresentar discussões sobre seu sentido e formas de compreendê-la.

Para Gattinara et al. (1995), a qualidade é delimitada pelos vários fatores que a determinam: competência profissional (habilidades técnicas e de comunicação, atitudes da equipe); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pelas equipes); eficiência (custos, recursos, riscos).

A OMS considera que a qualidade dos serviços de saúde está relacionada à efetividade, segurança, oportunidade, equidade, integralidade e eficiência. Sendo necessário desenvolver os cuidados centrados nas pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Apontando para um horizonte semelhante ao preconizado pela OMS, Donabedian (1990) já havia caracterizado a qualidade como um fenômeno complexo, e apresentou os atributos da qualidade desejáveis nos serviços de saúde, os quais ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade: dos serviços de acordo com as necessidades da população:

Eficácia (o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais); Efetividade (o efeito real num sistema operacional); Eficiência (o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo); Otimização (trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido através da relação custo-benefício mais favorável); Aceitabilidade (fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial); Legitimidade (relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo); e Equidade (relacionada à justiça social, propõe a distribuição (DONABEDIAN, 1990).

Demo (1999) distingue dois tipos de qualidade: a *formal* e a *política*. A primeira estaria relacionada a instrumentos, formas, técnicas e métodos, em uma dimensão objetiva, mensurável. A segunda estaria ligada a finalidades, valores e conteúdos, em uma dimensão subjetiva, simbólica. A qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável, e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades.

O termo *qualidade* assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva. Variando de propriedade ou atributo das coisas ou pessoas, portanto, passível de mensuração, a aspecto sensível, e que não pode ser medido. No primeiro sentido, representa a *multidimensionalidade intrínseca* e, no segundo caso, o que se denomina *multidimensionalidade extrínseca* (UCHIMURA; BOSI, 2002). Apesar disso, a *qualidade* dos programas e serviços vem sendo tratada, quase que exclusivamente, de maneira objetiva, quantitativa. Predominam, na literatura científica, os estudos que consideram a *qualidade* da saúde unicamente com base em sua dimensão formal, ou melhor, em seus componentes ou elementos, determinando uma perspectiva reducionista ou unidimensional à *qualidade* (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Nesse sentido, o conceito de qualidade não é um termo simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente, e sua complexidade depende de diversos fatores: a concepção de saúde, que inclui os componentes espirituais, relacionais e sociais, quando considera a pessoa em sua integridade biopsíquica; a variedade de atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; a pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade, que também dependem do seu próprio conceito multidimensional; a peculiaridade das ações do setor saúde, que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultado das inter-relações entre profissionais e pacientes, ações e interações que as constituem, nas quais os usuários são simultaneamente consumidores e co-produtores da assistência; a qualidade estar condicionada

e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (SERAPIONI, 2009).

A qualidade é também influenciada pelo interesse de grupos ou atores sociais, variando de acordo com o seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão (FURTADO, 2001).

Fadel e Regis Filho (2009) destacam que a qualidade dos serviços é geralmente percebida pelos usuários através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente: os aspectos do ambiente físico, as condições estruturais. Os componentes intangíveis estão diretamente ligados ao relacionamento entre usuários e equipe de saúde: amabilidade, cordialidade, cortesia e outros.

Todos esses fatores de complexidade enriqueceram o conceito de qualidade da atenção à saúde, ao passo que se tornou difícil uma definição unívoca. Por essa razão, muitos estudiosos preferem evidenciar uma série de dimensões da qualidade, ao invés de correr o risco de adotar interpretações restritivas. Visto que escolher entre as possíveis definições pode determinar a exclusão de parte da realidade, reduzindo o significado de qualidade a uma de suas múltiplas dimensões (ARAUJO; FIGUEIREDO; FARIA, 2009; FURTADO, 2001; SERAPIONI, 2009).

Como afirmou Donabedian (1990, p.113): “De cultura a cultura, mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”.

É possível afirmar que a questão da qualidade está mais relacionada a uma situação de graduação que na presença ou ausência. Pode-se encontrar um serviço de saúde com uma elevada qualidade técnica, e com uma baixa qualidade relacional, ou vice-versa. Por isso, a mensuração da qualidade deve prever a possibilidade dessa graduação e basear-se, portanto, numa multiplicidade de informações (SERAPIONI, 2009).

Diante da complexidade e amplitude do significado de *qualidade* em saúde, seu conceito representa um desafio para quem atua na área da saúde. Leituras mal elaboradas e/ou superficiais podem levar a uma perspectiva redutiva da qualidade, contribuindo para a deformação da realidade que se pretende analisar. A qualidade não deve ser entendida apenas como eficácia técnica, centrada exclusivamente nos aspectos diagnósticos e terapêuticos, nem reduzida aos aspectos relacionados aos gastos com saúde. É preciso incluir todos os atores

envolvidos no processo, para além dos da percepção exclusiva dos usuários, evitando posições fragmentadas e reducionistas. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, é o resultado da ampla integração e conexão entre eles, e, portanto, deve ser entendida em seu sentido mais amplo possível.

2. A AVALIAÇÃO EM SAÚDE: NOTAS SOBRE O SEU CURSO HISTÓRICO

A avaliação é uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. “Há quatro mil anos, os chineses já utilizavam métodos avaliativos formais para recrutar seus funcionários públicos” (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Uma boa avaliação visa reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e propiciar a tomada de decisões relevantes (MINAYO, 2005).

A avaliação sistemática de políticas públicas surgiu com o desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo, na primeira metade do século XX, com o advento do socialismo e de uma sociedade planejada pelo Estado, na antiga União Soviética. Após a segunda guerra mundial, o mundo capitalista passou a utilizar o planejamento com o intuito de alocar recursos de forma mais eficaz, para atender aos novos desafios e necessidades do Estado (MENDES, 2009).

O hábito de avaliar instituições, programas e projetos se tornou frequente nos países centrais do capitalismo, acompanhando os investimentos em políticas públicas de bem-estar social, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; MINAYO, 2011; UCHIMURA; BOSI, 2002).

O campo da avaliação desenvolveu-se, primordialmente, a partir da aplicação das metodologias de pesquisa em Ciências Sociais ao estudo dos programas públicos de saúde, educação e bem-estar social. Nos EUA e Canadá, este campo foi se institucionalizando e profissionalizando, havendo uma ampla produção sobre o tema na literatura anglo-francesa em geral (STENZEL, 1996).

A partir dos anos 80, as investigações e estudos não se limitavam apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também no controle de

qualidade e satisfação dos usuários. A avaliação passa a ser “profissionalizada”, surgindo uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque nos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SERAPIONI, 1999).

Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos, visando possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas. Nas modernas sociedades ocidentais, diversas correntes ideológicas e filosóficas emergiram e consolidaram o campo de avaliação em pesquisa social. Historicamente, o campo da avaliação pode ser dividido em seis períodos e em quatro gerações (BOSI; UCHIMURA, 2006; CONTANDRIOPOULOS et al., 1993; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O primeiro estágio das avaliações foi centrado na medida, principalmente aquelas relativas aos resultados escolares, testes de inteligência e produtividade dos trabalhadores. Contandriopoulos et al. (1993) apontam que a tarefa do avaliador, neste primeiro período, era essencialmente técnica, valorizando o domínio da construção e utilização de instrumentos que medissem os fenômenos em estudo.

Nesta época, as preocupações em matéria de avaliação resultam da necessidade de saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoram as condições de vida das sociedades e dos indivíduos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O segundo estágio concentrou-se em identificar e descrever como os programas alcançavam os resultados. O interesse das avaliações refletia uma preocupação em “racionalizar e controlar a ação administrativa”. Com o início da Segunda Guerra Mundial, novas necessidades impuseram ao campo da avaliação transformações e ampliação do seu papel. Neste período, o avaliador deixa de ser um mero técnico, pois, além das características individuais, deve ser capaz de descrever, compreender a estrutura, as fragilidades, responder aos objetivos e também propor ações para a melhoria dos programas (FURTADO, 2001).

O terceiro estágio se inicia nos anos 1960, e caracterizou-se pelo julgamento. O avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida em estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Além do predomínio da função de julgamento por parte do avaliador, Hartz (2008) considera que na terceira geração observa-se: a institucionalização das práticas avaliativas, sua profissionalização, aumento das publicações, a emergência da avaliação como campo de

conhecimento e o estabelecimento dos padrões de qualidade. Bem como, a clara necessidade de superação das avaliações que consideravam apenas o alcance dos objetivos *ex-post*, desconsiderando importantes lacunas existentes dos programas.

Guba e Lincoln (1989) identificaram graves problemas e limitações comuns às três gerações de avaliadores citadas acima: tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos; incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa; hegemonia do paradigma positivista (desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta caracterização como “não científico” em relação a tudo que fuja ao que foi anteriormente citado); e desresponsabilização moral e ética do avaliador. A partir de tais críticas, os autores propuseram a Quarta Geração de Avaliação, como uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa (FURTADO, 2001).

A quarta geração das avaliações agrega e leva em conta abordagens e métodos das fases anteriores. Avança no sentido de tornar-se mais inclusiva e participativa, havendo um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção, em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (HARTZ, 2008).

Neste período, as avaliações se tornaram “...um instrumento de negociação e de fortalecimento de poder (*empowerment*). As avaliações não estão reservadas ao campo dos especialistas, estão em constante processo evolutivo, participativo, interativo, com a inclusão de diversos atores em um processo de constante negociação. Também neste período encerram-se os debates infrutíferos entre métodos qualitativos e quantitativos no campo da avaliação, inaugurando um período de abordagens pluralistas, ampliando o espectro das ferramentas metodológicas para melhor compreensão da realidade em estudo (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O termo *constructivist* é empregado como alternativa àquelas metodologias de pesquisa consideradas positivistas. Nesta perspectiva, considera-se a complexidade e variabilidade na apreensão da realidade, inexistindo a verdade objetiva ou realidade única, operando o consenso entre construtores informados. Ao considerar a realidade uma construção social, “podem existir tantas construções quantas as pessoas envolvidas” (SERAPIONI, 2009, p.75).

Baron e Monnier (2003) consideram a emergência, nos dias atuais, da quinta geração das avaliações, denominada emancipadora. Ainda que sua prática não esteja generalizada, os

autores reconhecem que a sociedade civil decide o conteúdo da avaliação, conduz, ela mesma os trabalhos, e produz um julgamento sobre as ações públicas. A quarta geração é qualificada como participativa, desde que inclua os sujeitos implicados na intervenção em questão. Alertam que processos avaliativos que têm por características a pesquisa de opinião dos efeitos e resultados de um programa, através do uso de questionários e entrevistas ou que se limita a expor os resultados encontrados através de reuniões, não podem ser considerados como participativos.

Para Hartz (2008), a quinta geração auxilia diversos grupos sociais aos quais está relacionada, para a compreensão e a transformação da realidade em seu favor. A autora refere que a teoria está embasada em uma larga experiência de diversos grupos de pesquisadores em diferentes países, e destaca que o avaliador desempenha um papel pedagógico de mediador e tradutor do processo analítico e seus resultados.

No quadro 1, são sintetizados os períodos e gerações que caracterizam a historicidade do campo da avaliação.

Quadro 1– Etapas marcantes da história da avaliação

| Gerações da Avaliação | Períodos | Característica |
|------------------------------|--|-----------------------|
| I | Reformismo (1800-1900) Eficiência e testagem (1900-1930) | Medida |
| II | Idade da inocência (1930-1960) | Descrição |
| III | Expansão (1960-1973) Profissionalização e institucionalização (1973-1990) | Julgamento |
| IV | Dúvidas (1990 até os nossos dias) | Negociação |

Fonte: DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H., 2011.

No Brasil, a avaliação de políticas públicas começa a desenvolver na década de 80. Esse processo ocorreu de forma bem diferente, e em menor intensidade, quando comparado aos países da Europa e América do Norte. A natureza autoritária e clientelista do Estado brasileiro, com uma sociedade civil pouco organizada gerou uma tradição de gerência estatal burocratizada e autoritária, permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada do setor público. Essa tradição gerencial não tinha intenção de que suas políticas fossem avaliadas. (STENZEL, 1996).

A partir de 1990 se intensificaram no país as práticas de avaliação na área social, de segurança e em outros âmbitos institucionais. Entre os fatores que contribuíram para sua expansão, destacam-se: a reforma do Estado, que reduziu sua presença direta nas áreas sociais; a focalização da ação governamental em determinadas atividades, exigindo análise de eficácia dos investimentos; a entrada de organizações não-governamentais e da iniciativa privada na prestação de serviços públicos; as exigências dos órgãos internacionais que financiam projetos sociais e estratégicos; e a ampliação dos mecanismos de controle social sobre as políticas sociais (COHEN; FRANCO, 2003).

O setor saúde é de grande complexidade, com várias zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los. Por outro lado, as novas tecnologias médicas se desenvolvem rapidamente, bem como as expectativas crescentes da população. Neste cenário, a avaliação se apresenta como uma importante ferramenta, na medida em que oferece instrumentos de reflexão quando se trata de tomada de decisões complexas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Passados 60 anos do surgimento da avaliação sistemática de políticas públicas, o grande desafio da avaliação em saúde, na atualidade, é produzir impacto positivo sobre os resultados da atenção à saúde populacional, ultrapassando as descrições e o aprimoramento metodológico, reduzindo as incertezas e contribuindo, assim, na solução de problemas que apresentam fortes componentes culturais e políticos, e, por consequência, na melhoria da qualidade das ações em saúde.

3. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E SUAS ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

No âmbito da administração dos Sistemas de Saúde, a avaliação vem sendo considerada fundamental sobretudo para as áreas de planejamento e gestão. Nesse processo é necessário conhecer as características e particularidades dos contextos e suas relações que se processam influenciam na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação, enquanto campo científico, é considerada uma área de conhecimento ainda jovem. Existem diferentes definições e classificações, essas concepções guardam ora traços coincidentes e comuns, ora posições discordantes, entre os diferentes estudiosos e

avaliadores. Apesar da discordância e dos desentendimentos entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, nos últimos dez anos a reflexão conceitual e metodológica tende a convergir sobre alguns denominadores comuns, fundamentados em abordagens mais pragmáticas e menos ideológicas (SERAPIONI, 2009).

Quando se trata de avaliar serviços ou programas, situando a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, conseqüentemente, das ciências sociais, avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática consiste em utilizar método científico para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. É uma estratégia essencial do processo de planejamento e gestão do setor saúde, subsidiando a tomada de decisões no enfrentamento dos problemas nos serviços de saúde (CÉSAR; TANAKA, 1996).

Para Bezzi (2003), a avaliação é “...um conjunto de atividades que permite expressar um juízo argumentado” sobre programas, serviços, políticas, desempenho. Argumentação consiste na apresentação de todos os elementos que fundamentaram a formulação dos juízos e dos procedimentos metodológicos através dos quais aqueles elementos foram analisados, interpretados e comparados.

Contandriopoulos et al. (1997) definem que avaliar é essencialmente fazer um julgamento de valor de uma intervenção ou parte desta, buscando-se planejar, elaborar um projeto e/ou verificar os efeitos de uma ação e deliberar sobre sua continuidade ou interrupção.

Minayo (2011) comenta que o êxito de uma avaliação pelo menos quatro parâmetros que devem ser seguidos: *utilidade*, no sentido de não desenvolver uma avaliação desnecessária; *viabilidade*, a exequibilidade de uma avaliação relaciona-se com o contexto político e econômico; *ética*, relacionada ao respeito às normas e princípios morais dos sujeitos envolvidos no processo; e *precisão técnica*, utilizando-se critérios cientificamente validados.

No campo da avaliação identificam-se tipologias que permeiam a linguagem das estratégias e instrumentos de avaliação. São eles:

Eficiência - obtenção, a custo mínimo possível, do máximo de benefício. As avaliações de eficiência vêm extrapolando o enfoque econômico, analisando custos sociais, políticos e ambientais; *Eficácia* - refere-se ao cumprimento das metas

traçadas por um determinado projeto. É o tipo mais comum e difundido de análise de determinada intervenção, geralmente realizada pelos próprios órgãos executores da proposta. Geralmente são estudos quantitativos metrificados; *Efetividade* – diz respeito aos efeitos de um projeto ou programa. As avaliações buscam aferir as mudanças quantitativas e qualitativas promovidas pela intervenção. As análises são realizadas através de estudos de impacto; e *Sustentabilidade* - representa a ideia de que o avanço de uma dada sociedade é medido além da não dimensão econômica, pelas dimensões social, ambiental, do conhecimento, e institucional. A avaliação de sustentabilidade vem sendo incorporada à análise de projetos e tem sido aprimorada, teórica e tecnicamente (MINAYO, 2011, p.05).

Na avaliação de programas e serviços é possível identificar duas modalidades de avaliação: a *avaliação normativa* e a *avaliação formativa*. A primeira se refere à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde; costuma tratar o evento a ser analisado isolado de qualquer interferência dos sujeitos e dos contextos. Já a avaliação formativa volta-se ao julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde. Isso implica em reconhecer os projetos de felicidade que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar, ou seja, foca na dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à concepção de avaliação qualitativa (AYRES, 2004).

A avaliação das ações e serviços de saúde pode ser realizada a partir da avaliação normativa ou da pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Na pesquisa avaliativa é realizado um julgamento ex-post de uma intervenção através do desenvolvimento de métodos científicos. Nesse processo pode-se decompor seis tipos de análise: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise da implantação, análise dos rendimentos e análise dos efeitos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Donabedian (1980; 1990) estruturou um campo de conhecimento sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde. As contribuições teóricas de seus estudos foram baseadas na tríade estrutura-processo-resultados, que constitui um paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde. A “estrutura” se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O “processo” está relacionado às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e suas inter-relações. E, por fim, o “resultado” é definido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

No que concerne aos serviços de saúde, a avaliação da satisfação do usuário constitui um campo específico. Já as primeiras pesquisas de avaliação em saúde, ainda na década de 70, se referiam à *satisfação do paciente*. O objetivo era melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos. A partir da obra de Avedis Donabedian a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação de qualidade do serviço. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas (os pacientes) na definição de parâmetros e mensuração da qualidade dos serviços (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, os estudos sobre este tema se desenvolveram na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A qualidade da assistência também tem sido avaliada a partir do nível de satisfação dos usuários em diferentes momentos em que houve contato destes com a rede de serviços de saúde. “Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento cliente/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência” (JORGE et. al., 2007, p. 260).

Vaitsman e Andrade (2005) destacam que existem várias metodologias de pesquisa de satisfação do usuário, sendo uma das mais conhecidas a desenvolvida por Parassuraman (1985), que propõe a avaliação em cinco dimensões do atendimento: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade.

Para Donabedian (1990), a avaliação, do ponto de vista dos usuários, é feita, sobretudo, por meio da categoria *aceitabilidade*, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento, bem como tudo aquilo que o paciente considera justo ou equânime.

Na avaliação da satisfação dos usuários, o *Gratitude Bias* (*sentimento de gratidão*) é apontado como um importante viés, pois se acredita que ele influencia os pacientes a não criticar os serviços, seja pelo receio de perder o acesso, seja pela relação de dependência aos profissionais de saúde. Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a

dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas. O que pode determinar altos graus de satisfação que podem não representar a real satisfação do usuário com determinado serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nesse sentido, surgem propostas de pesquisas sobre *responsividade*. *Responsividade* diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado. Duas dimensões orientam as pesquisas sobre responsividade: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente. A primeira se refere à ética envolvida na relação entre os usuários e o sistema de saúde e é conformada pelas seguintes categorias: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A segunda inclui as categorias que influem na satisfação do paciente, mas não são diretamente ligadas com o cuidado à saúde: atendimento rápido, apoio social, instalações e escolha. É exatamente em relação ao tipo de perguntas e ao modo de formulá-las que a responsividade se difere das pesquisas sobre satisfação. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Se nesta última (avaliação da satisfação dos usuários) são feitas perguntas sobre o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde, geralmente levando em conta suas expectativas prévias, as pesquisas que visam medir a responsividade perguntam qual a frequência com que determinado evento ocorreu (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, nas últimas décadas, vêm surgindo novas propostas para avaliação do SUS, como o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), elaborado na perspectiva de desenvolver uma metodologia de avaliação para o desempenho do SUS no país. Concebido a partir de uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, o PROADESS propõe a avaliação do desempenho no contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades. O desempenho dos serviços de saúde é o objeto principal da avaliação e deve ser mensurado a partir das sub-dimensões acesso, efetividade, eficácia, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Nesse percurso de desenvolvimento da avaliação surgem discordâncias sobre as abordagens quantitativas e qualitativas das propostas conceituais e metodológicas desenvolvidas. Furtado (2001) comenta que o paradigma que orienta a avaliação da *qualidade* dos programas focaliza de maneira acentuada, se não exclusiva, as dimensões objetiváveis, ou seja, aquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana. E aponta que esse modelo positivista tradicionalmente hegemônico passa a ser questionado.

Uchimura e Bosi (2002) também criticam o excesso de positivismo dos modelos propostos e sugerem a inclusão de aspectos subjetivos nas avaliações. Destacam ainda que as metodologias utilizadas para avaliar programas e serviços de saúde não são suficientes e adequadas para outras políticas, como a de promoção de saúde, por exemplo. E afirmam que os modelos teóricos de avaliação da qualidade destinados a avaliar serviços curativos de atendimento não podem ser aplicados a partir de sua simples transposição ao contexto dos programas alicerçados em outros modelos de intervenção.

Estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. São adequados à análise da efetividade de um programa de saúde, considerando as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, os usuários a que se destinam as ações (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Nesse sentido, a *avaliação qualitativa* corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Assim, o objetivo de uma avaliação qualitativa é permitir a compreensão. Compreensão é a palavra-chave de toda investigação qualitativa dos processos e dos resultados, considerando-os como um complexo integrado por ideias, padrões de comportamento e de interações, organizados em torno de interesses consensuais e socialmente reconhecidos (MINAYO, 2011).

A avaliação qualitativa lida com os aspectos estruturais e funcionais de políticas sociais ou de instituições e, de preferência, concomitantemente com os componentes

ideológicos, relacionais e políticos. Admite-se duas modalidades da avaliação qualitativa: a investigação avaliativa e a pesquisa operacional. A primeira presta-se a analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção ou ação institucional, considerando as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa. Já a avaliação qualitativa de cunho operacional se fundamenta na apropriação de estratégias de abordagem antropológica de forma ao mesmo tempo sistemática e rápida (MINAYO, 2011).

Frequentemente costuma-se opor a avaliação qualitativa à avaliação da qualidade, baseada em estudos quantitativos que dão ênfase à métrica dos processos e dos produtos. As diferenças entre as metodologias, entretanto não representam, necessariamente, posições dicotômicas, mas complementares. Uma vez que sempre há ações quantificáveis, assim como sempre existe implicação subjetiva em todas as ações humanas. Em outros termos, a *avaliação da qualidade* se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes. Nesse sentido, a *avaliação qualitativa*, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à *avaliação da qualidade* como uma possibilidade dessa última (BOSI; UCHIMURA, 2007; MINAYO, 2011).

As perspectivas teórico-metodológicas da avaliação em saúde que permeiam as diversas definições podem ser sintetizadas em: atenção pelas questões metodológicas, em que se pode constatar um consenso sobre o fato de que a avaliação é uma atividade de pesquisa; preocupação com a finalidade e utilidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisões e o reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar significa julgar) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo; e exigência de pluralidade metodológica, dada a contextualização das ações programáticas e a complexidade das medidas de resultados (HARTZ; 1999; SERAPIONI, 2009).

A avaliação da qualidade de ações em saúde, contexto de reflexão e de prática, envolve enfoques de metodologias objetiva e subjetiva, a partir das quais se vislumbram desafios e possibilidades. Diferenças e divergências que se completam e se complementam, com o objetivo de subsidiar o planejamento e gestão do SUS, contribuindo para a tomada de decisões como um processo de transformação em direção à qualidade das ações e serviços de saúde.

Buscou-se traçar o percurso e os desafios atuais do campo da avaliação da qualidade em saúde nos cenários brasileiro e internacional, tanto no plano conceitual e metodológico, como no de sua aplicabilidade na saúde e, mais especificamente, no SUS.

Os elementos aqui apresentados permitem apontar para questões que merecem reflexão, que, por exiguidade de espaço, permanecerão como reflexões futuras e que deixamos apenas indicadas.

A primeira delas diz respeito à superação da dicotomia entre processos quantitativos e qualitativos de avaliação, ou seja, a premência de utilizar processos que sejam capazes de abordar o problema por inteiro, sem os limites de uma abordagem de tipo A ou B. Assim, fica evidenciado que cada vez mais o campo exige abordagens múltiplas que sejam capazes de aproximar-se ao máximo da realidade e complexidade do setor saúde.

Outra questão para a qual parece já existir consenso diz respeito à inclusão dos diversos atores que agem no âmbito dos serviços de saúde, e por isso devem ser considerados no processo da avaliação. São eles: os usuários e seus acompanhantes, os profissionais, os gestores, os prestadores de serviços, entre outros.

Há ainda a considerar que, nos serviços de saúde, o ato da produção e o do consumo do produto ocorre simultaneamente, em uma relação de interseção. Os usuários são, ao mesmo tempo, consumidores e coprodutores, natureza singular do trabalho em saúde que desafia os processos de avaliação desenvolvidos na busca pelo julgamento da qualidade dos serviços e ações de saúde.

Embora a avaliação em saúde possa ter seus primórdios remontando há milhares de anos na China, sua sistematização é recente, datando da segunda metade do século XX, em países desenvolvidos. No caso brasileiro, tais processos somente se iniciaram na década de 80. Assim, apesar da avaliação em saúde ser absolutamente indispensável para as exigências colocadas pelas diretrizes do SUS – a saber, universalidade, equidade, integralidade na atenção à saúde, assim como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social – muitos desafios ainda se colocam para sua real implementação. Esforços têm sido percebidos através de ações propostas pelo Ministério da Saúde (MS) em concretizar e tornar as avaliações uma realidade cotidiana no SUS.

Como implementar avaliações nos serviços de saúde brasileiros se eles por si mesmos já apresentam bastante problemas e de ordens diversas? Tais dificuldades podem ser de ordem

estrutural, econômica, educacional, cultural, política, diferenças regionais, participação social, de financiamento, dentre outras.

Deste modo, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde brasileiros apresenta desafios que trazem consigo a necessidade de se desenvolver aqui modelos próprios e não apenas repetir propostas estrangeiras, tipo ‘prêt-à-porter’, que não refletem ou até ignoram as reais necessidades em saúde, no Brasil.

Nesta linha, acreditamos que propostas como a do PROADESS, que procura apresentar um modelo desenvolvido a partir da realidade brasileira, levando em conta os desafios aqui apresentados, podem contribuir para o avanço das discussões e aplicação da avaliação no cenário brasileiro. Como se trata de uma proposta relativamente recente, utilizá-lo e refletir sobre ele se faz necessário para seu próprio aperfeiçoamento e para a permanente construção e consolidação do campo de avaliação, no Brasil. O desafio está colocado!

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ARAUJO, C.; FIGUEIREDO, K.; FARIA, M. D. QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/529>>. Acesso em: 01 oct. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3 p. 16-29, 2004.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Revue Informations Sociales**. Paris, n.110, p. 120-129, 2003.

BEZZI, C. Il disegno della ricerca valutativa. Milano: Angeli, 2003.

BOSI M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

_____. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, s. 2, p. 59-70, 1996.

COHEN, E.; FRANCO R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes; 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts e methods. **Montréal Bulletin**, v. 33, n. 1, p. 12-17, 1993.

_____. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo, Editora Cortez, 1999.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, v. 1, 1980.

_____. The seven pillars of quality. **Archives Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, 2006.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.1, p.7-22, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. PROADESS. **Avaliação de desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>> Acesso em: 20 jun. 2015.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-438, 1995.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

_____. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

JORGE, M. S. B. et. al. Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Publica**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 256-206, 2007.

MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação de métodos.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.3, p.2-11, 2011.

PARASSURAMAN V. ZEITHAMI, V.A. BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

_____. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], v. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: < <http://rccs.revues.org/343> > Acesso em: 01 Out. 2017

_____. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F.M. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes, 2010.

SHAW, C.; KALO, I. **A background for National Quality Policies in Health Systems.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada.** 1996. (Dissertação Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 373-382.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p. 1561-1569, 2002.

_____. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Quality Policy And Strategy: Driving Change For Stronger Health Systems And Improved Health Outcomes.** 2017. Disponível em:

<<http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/qhc/national-quality-policy-strategy.pdf?ua=1>>. Acesso em set. de 2017.

APÊNDICE B – Questionário de discentes



Ministério da Saúde

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELAÇÕES ENTRE ENSINO E ASSISTÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS CENTRADAS NO CUIDADO HUMANIZADO

AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES

| DIMENSÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO | | | |
|--|--|----------------------|--|
| 1- CÓDIGO DO ESTUDANTE: | | | |
| 2- DATA: | | 3- HORÁRIO: | |
| 4- ENTREVISTADOR: | | 5- NO. QUESTIONÁRIO: | |

Data de Digitação: ____ / ____ / ____

| DIMENSÃO 2- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | |
|---|--|
| 6- Graduação 1 () Medicina 2 () Enfermagem | |
| 7- Idade (em anos) _____ | |
| 8- Sexo 1 () Feminino 2 () Masculino | |
| 9- Qual a sua raça/cor? 1 () Parda 2 () Negra 3 () Branca 4 () Amarela 5 () Indígena 6 () Outra: _____ | |
| 10- Recebe algum tipo de bolsa 1 () Sim 2 () Não | |
| 11- Se recebe bolsa, qual? 1 () PIBIC 2 () Monitoria 3 () Projeto de Extensão 4 () Pesquisa exceto PIBIC 5 () Outra 6 () Não se aplica | |
| 12- Além de estudar, exerce alguma atividade de trabalho? 1 () Sim 2 () Não | |
| 13- A atividade de trabalho tem relação com a graduação? 1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica | |
| 14- Qual o meio de transporte você utiliza para chegar ao HU? 1 () a pé 2 () ônibus 3 () moto 4 () carro 5 () bicicleta 6 () outros | |
| 15- Sobre sua moradia 1 () mora com familiares 2 () república 3 () sozinho 4 () residência universitária UFPB 5 () outros | |

| DIMENSÃO 3- CONDIÇÕES PARA ENSINO E ASSISTÊNCIA NO HU | |
|--|--|
| 16- O serviço possui estrutura suficiente para realizar o atendimento e aprendizagem com privacidade para a usuária? 1 () Sim 2 () Não | |
| 17- Você considera que a assistência prestada ao parto no HU é humanizada? 1 () Sim 2 () Não | |
| 18- Durante sua formação foi trabalhada a questão da humanização do parto? 1 () Sim 2 () Não | |
| 19- Seu aprendizado teórico e prático contemplou o ensinamento de boas práticas na atenção obstétrica? 1 () Sim 2 () Não | |
| 20- A assistência prestada no HU está baseada nas boas práticas em saúde obstétrica? 1 () Sim 2 () Não | |
| 21- Considera que sairá da universidade capaz de desenvolver-se profissionalmente para atendimento em obstetria? 1 () Sim 2 () Não | |
| 22- Se você pretende atuar na área de assistência obstétrica (residência / especialização), sua escolha foi influenciada por? 1 () Assistência no HU 2 () Ensino (teórico) 3 () Ambos 4 () Não se aplica (outra especialidade) | |
| 23- A presença do acompanhante (da parturiente), interfere no seu aprendizado? 1 () Sim 2 () Não | |
| 24- Durante o aprendizado ocorrem situações onde percebe que a usuária recebeu assistência em divergência com o preconizado pela literatura? 1 () Sim 2 () Não | |
| 25- Você encontra dificuldade em articular o aprendizado preconizado na literatura com o que vivencia no HU? 1 () Sim 2 () Não | |
| 26- Você já observou alguma situação que considera como maus tratos, violência física ou verbal aos usuários? 1 () Sim 2 () Não | |
| 27- Qual tipo de violência listada abaixo, você observou? 1 () física (se algum profissional empurrou ou machucou, obrigou fazer algo) 2 () verbal (se algum profissional gritou, xingou, ironias) 3 () psicológica (se algum profissional ameaçou, humilhou ou se negou a oferecer algum tipo de alívio para dor) 4 () Não se aplica | |
| 28- As usuárias em determinados momentos são expostas a algum tipo de constrangimento durante a assistência, para favorecer o aprendizado dos alunos? 1 () Sim 2 () Não | |
| 29- Em relação a privacidade das pacientes durante a assistência prestada pelos alunos e profissionais, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 30- Quanto aos ensinamentos, orientação de seus professores e preceptores sobre: ética, cortesia, abordagem ao paciente, Como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 31- Quanto à participação do ensino (professores e departamento) na transformação e melhoria da prática assistencial no HU, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 32- Quanto à forma com que os professores (UFPB) transmitem os ensinamentos e conteúdos em obstetria, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 33- Quanto à forma que os profissionais preceptores (HU) transmitem os ensinamentos e conteúdos em obstetria, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 34- Em relação a assistência ao parto humanizado, como você qualifica o serviço de obstetria do HU? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |
| 35- Quanto às relações interpessoais estabelecidas entre os alunos e profissionais para o aprendizado, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica | |

| | |
|--|--|
| <p>36- Em relação à estrutura oferecida pelo hospital para o desenvolvimento das atividades e aprendizado (mobiliário, material, pessoal, ambiência, etc.), como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>37- Em relação às boas práticas em obstetrícia vivenciadas no HU, como você as qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>38- Quanto à atuação da equipe multiprofissional no cuidado humanizado às usuárias, como você qualifica a assistência? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>39- Quanto à organização da assistência no HU, para propiciar seu aprendizado de forma adequada. Como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>40- Quanto ao acolhimento do estudante pelos profissionais, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>41- Quanto à distribuição de atividades e seu acompanhamento na clínica obstétrica por parte dos profissionais/preceptores do setor, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>42- Quanto aos conhecimentos teóricos adquiridos pelo aluno ao ingressar no estágio/internato, como qualifica as competências necessárias? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>43- Quanto à possibilidade de discussão clínica e troca de experiências junto aos docentes e profissionais para melhor assistência das usuárias, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>44- Quanto aos conhecimentos adquiridos durante a graduação para desenvolvimento de habilidades para o bom atendimento em obstetrícia com confiança e resolutividade, como você qualifica? 1 () Péssimo 2 () Ruim 3 () Regular 4 () Bom 5 () Ótimo 6 () Não se aplica</p> | |
| <p>45- Você conhece outros hospitais da rede do SUS em João Pessoa, que realizam atendimento obstétrico? 1 () Sim 2 () Não</p> | |
| <p>Apenas se você assinalou <u>SIM</u> na pergunta anterior, responda as questões 46 e 47:</p> | |
| <p>46 - A partir da qualidade da assistência, se você pudesse escolher realizar seu aprendizado em um destes hospitais, qual escolheria? 1 () HU 2 () Instituto Cândida Vargas 3 () Maternidade Frei Damião 4 () Hospital Edson Ramalho 5 () Outro (particular)</p> | |
| <p>47 - A partir das oportunidades para seu aprendizado, se você pudesse escolher realizar seu aprendizado em um destes hospitais, qual escolheria? 1 () HU 2 () Instituto Cândida Vargas 3 () Maternidade Frei Damião 4 () Hospital Edson Ramalho 5 () Outro (particular)</p> | |

Fonte: a autora, adaptado de Silva (2016)

APÊNDICE C - Roteiros de entrevistas



Ministério da Saúde

ROTEIRO 1 – Usuárias

- 1) Conte como aconteceu sua vinda para o HU, foi uma escolha sua?
- 2) Ao chegar no hospital, desde a recepção, como foi recebida pelos profissionais? Houve empenho das pessoas em prestar o atendimento que você precisava?
- 3) O que você achou das instalações da maternidade e do hospital?
- 4) O que você achou do seu parto e internação em um hospital onde há formação de profissionais de saúde?
- 5) O que você achou das informações que recebeu durante a hospitalização sobre seu estado de saúde e de seu filho? Houve a possibilidade de conversar com os profissionais para esclarecer suas dúvidas e participar das decisões sobre o seu acompanhamento no HU?
- 6) Você teve direito ao acompanhante, de sua livre escolha durante a internação? Me fale sobre o que achou sobre a permanência dos acompanhantes.
- 7) Como você foi tratada pelos profissionais durante a consulta, exame físico, procedimentos ou quando você os procurou por alguma necessidade? Houve algum momento da internação que considera ter sido vítima de algum tipo de maus tratos?
- 8) De acordo com o atendimento recebido, conte um pouco da sua experiência em ter tido seu bebê em um hospital de ensino. A partir dessa experiência você retornaria ao HU ou indicaria este hospital para outras pacientes?

ROTEIRO 2 – Docente

- 1) Como você avalia este processo que vem ocorrendo de humanização na assistência obstétrica? E no HU, que iniciativas e transformações você considera importantes para garantir os direitos das usuárias e assistência de qualidade?
- 2) De que modo ensino e assistência têm se articulado para adesão às boas práticas de assistência ao parto junto aos alunos e profissionais do HU? Como você percebe a troca de experiências entre as equipes? Quais as dificuldades encontradas?
- 3) Qual sua avaliação sobre a estrutura e organização do serviço e de que modo ela influencia no ensino/aprendizagem?
- 4) Qual sua percepção quanto atuação da equipe multiprofissional no cuidado humanizado às usuárias? Percebe algum tipo de resistência/discordância em aderir ou modificar o modus operante?
- 5) Como ocorre o acolhimento dos alunos no serviço e de que modo são distribuídas as atividades e é feita a preceptoría no HU?
- 6) Qual sua opinião sobre a formação do aluno de graduação, ele sai da universidade capaz de desenvolver-se profissionalmente para atender atuais necessidades de saúde em obstetrícia?

ROTEIRO 3 – Profissionais e residentes em Ginecologia/Obstetrícia

- 1) Como você avalia este processo que vem ocorrendo de humanização na assistência obstétrica? E no HU, que iniciativas e transformações você considera importantes para garantir os direitos das usuárias e assistência de qualidade?
- 2) Qual a sua opinião sobre a ambiência, recursos humanos e organização da assistência para o desempenho das atividades de ensino e assistência?
- 3) Como o ensino e assistência têm se articulado na busca do cuidado de qualidade e da atenção ao parto humanizado? Quais as dificuldades e avanços junto aos envolvidos?
- 4) Como tem sido vivenciada no serviço a necessidade de transformação das práticas assistenciais entendendo o protagonismo da mulher na assistência ao parto?
- 5) Como você avalia sua participação profissional atuando na assistência e na formação de novos profissionais? Você sente apoio institucional e sua formação é adequada para o desempenho dessas atividades?

SE RESIDENTE (substituir questão 5): Fale sobre sua experiência aprendendo e ensinando estudantes? Sua formação teórica é adequada?

- 6) Existem oportunidades para troca de conhecimentos e discussões para melhoria do serviço visando cuidado integral? De que modo ocorrem?
- 7) De modo geral, fale um pouco sobre a qualidade da assistência na maternidade do HU? Você acha que o hospital tem contribuído para melhoria da assistência às usuárias no estado da Paraíba?

APÊNDICE D – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS ALUNOS NA PESQUISA “A qualidade da assistência obstétrica em um Hospital Universitário: relações entre o ensino e assistência no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado”

Prezado(a) aluno(a) que utiliza o Hospital Universitário para o desenvolvimento de atividades acadêmicas.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no hospital universitário, situado em João Pessoa-PB, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado. A qualidade da assistência será analisada de acordo com a perspectiva dos atores envolvidos no ensino e na assistência: usuárias, profissionais, docentes, alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem. A pesquisa está vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário fechado à pesquisadora que lhe indagará sobre sua avaliação das condições de atendimento, trabalho e ensino oferecidas na maternidade do HU para o bom atendimento à população e a prática do ensino.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada no HU, bem como em outras instituições hospitalares que exercem ensino e assistência na rede do SUS;
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Caso você se sinta constrangido ou incomodado com alguma pergunta realizada no questionário, poderá não respondê-la sem qualquer prejuízo.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora doutoranda Ana Maria Ramos, através dos endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; através do e-mail: anazamramos@yahoo.com.br

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 2º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB Telefone: (083) 3216-7964 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Ana Maria Ramos

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) discente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS DOCENTES NA PESQUISA “A qualidade da assistência obstétrica em um Hospital Universitário: relações entre o ensino e assistência no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado”

Prezado(a) docente da Universidade Federal da Paraíba, que utiliza o Hospital Universitário para o desenvolvimento de atividades acadêmicas.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no hospital universitário, situado em João Pessoa-PB, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado. A qualidade da assistência será analisada de acordo com a perspectiva dos atores envolvidos no ensino e na assistência: usuárias, profissionais, docentes, alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem. A pesquisa está vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora que lhe indagará sobre sua avaliação das condições de atendimento, trabalho e ensino oferecidas na maternidade do HU para o bom atendimento à população e a prática do ensino. Informamos que será realizada a gravação de áudio durante a entrevista.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada no HU, bem como em outras instituições hospitalares que exercem ensino e assistência na rede do SUS;
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Caso você se sinta constrangido ou incomodado com alguma pergunta realizada na entrevista, poderá recusar-se de respondê-la sem qualquer prejuízo.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora doutoranda Ana Maria Ramos, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; através do e-mail: anazamramos@yahoo.com.br

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 2º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB Telefone: (083) 3216-7964 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães -CPqAM localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Ana Maria Ramos

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) docente

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS/RESIDENTES NA PESQUISA “A qualidade da assistência obstétrica em um Hospital
Universitário: relações entre o ensino e assistência no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado
humanizado”**

Prezado(a) Profissional Médico(a) ou Enfermeira(o) do Hospital Universitário:
Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no hospital universitário, situado em João Pessoa-PB, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado. A qualidade da assistência será analisada de acordo com a perspectiva dos atores envolvidos no ensino e na assistência: usuárias, profissionais, docentes, alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem. A pesquisa está vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora que lhe indagará sobre sua avaliação das condições de atendimento e trabalho oferecidas nessa maternidade para o bom atendimento à população e a prática do ensino. Informamos que será realizada a gravação de áudio durante a entrevista.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada no HU, bem como em outras instituições hospitalares que exercem ensino e assistência na rede do SUS;
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Caso você se sinta constrangido ou incomodado com alguma pergunta realizada na entrevista, poderá recusar-se de respondê-la sem qualquer prejuízo.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora doutoranda Ana Maria Ramos, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; através do e-mail: anazamramos@yahoo.com.br

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 2º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB Telefone: (083) 3216-7964 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife - PE - Brasil. Telefone (81)2101.2639 - FAX (81) 3453.1911 - e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Ana Maria Ramos

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA

“A qualidade da assistência obstétrica em um Hospital Universitário: relações entre o ensino e assistência no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado”

Prezada Usuária do Hospital Universitário:

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no hospital universitário, situado em João Pessoa-PB, buscando compreender as contribuições e repercussões do ensino para o cuidado humanizado. A qualidade da assistência será analisada de acordo com a perspectiva dos atores envolvidos no ensino e na assistência: usuárias, profissionais, docentes, alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem. A pesquisa está vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista à pesquisadora que lhe perguntará sua opinião sobre o atendimento recebido no hospital durante sua internação. Informamos que será realizada a gravação de áudio durante a entrevista.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o andamento do seu tratamento;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será relacionado às respostas que você der na entrevista;
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto no HU, assim como poderão auxiliar outras instituições do SUS que realizam assistência obstétrica.
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Caso você se sinta constrangida ou incomodada com alguma pergunta realizada na entrevista, poderá recusar-se de respondê-la sem qualquer prejuízo.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora doutoranda Ana Maria Ramos, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; através do e-mail: anazamramos@yahoo.com.br

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 2º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB Telefone: (083) 3216-7964 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife - PE - Brasil. Telefone (81)2101.2639 - FAX (81) 3453.1911 - e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

João Pessoa, ____ d de _____ de 20__.

Ana Maria Ramos

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE E – Artigo

Direito ao acompanhante na atenção ao parto e nascimento: vivências de usuárias e trabalhadores de uma maternidade escola

Ana Maria Ramos¹

Antonio da Cruz Gouveia Mendes²

Ana Lúcia Andrade da Silva³

Gabriela Morais Duarte Miranda⁴

¹⁻² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE.

³⁻⁴ Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

Resumo

O estudo analisou a implementação da presença do acompanhante na maternidade. Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, realizou-se 25 entrevistas semiestruturadas e análise por Condensação de Significados. Os resultados demonstraram o reconhecimento dos diversos benefícios da presença do acompanhante para qualidade da assistência, respeito aos direitos reprodutivos e humanização. As dificuldades enfrentadas são advindas principalmente pela falta de estrutura, ambiência e rotinas organizacionais, levando ao comprometimento na qualidade da assistência prestada e redução da satisfação dos usuários. A percepção que o acompanhante atrapalha no momento do parto e a presença masculina, são questões ainda não superadas. Os pedidos frequentes por cesarianas desnecessárias demonstram o desconhecimento e despreparo das parturientes e acompanhantes para o momento do parto. O acesso à informação é um direito dos usuários, primordial para conhecimento dos benefícios do parto seguro.

Palavras-Chave: Acompanhantes de pacientes. Direitos do paciente. Avaliação de serviços de Saúde. Saúde Materno-infantil.

Right to the companion in the attention to the labor parturition and birth: experiences of users and workers of a maternity school

Abstract

The study analyzed the implementation of the companion's presence in the maternity. An exploratory and descriptive study of a qualitative approach, 25 semi-structured interviews were carried out, analyzed by Condensation of Meanings. The results demonstrated the recognition of the various benefits of the companion's presence for quality of care, respect for reproductive rights and humanization. The difficulties faced are mainly due to the lack of structure, ambience and organizational routines, leading to a compromise in the quality of care provided and reduction of user satisfaction. The perception that the companion interferes in childbirth and the presence of the male are issues not yet overcome. Frequent requests for unnecessary caesarean demonstrate the lack of knowledge and preparation of parturients and companions for childbirth. Access to information is a right of users, primordial to know the benefits of safe childbirth.

Key words: Medical chaperones. Patient rights. Health services research. Maternal and child health.

Derecho al acompañante en la atención al parto y nacimiento: vivencias de las usuarias y los trabajadores de una maternidad escuela

Resumen

Este estudio analizó la implementación de acompañantes de madres en proceso de parto. Estudio exploratorio y descriptivo de abordaje cualitativo, se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas y análisis por Condensación de Significados. Los resultados demostraron beneficios por la presencia del acompañante: calidad de asistencia, respeto a los derechos reproductivos y humanización. Las dificultades enfrentadas por los acompañantes son causadas por falta de estructura, ambiente y rutinas organizacionales, comprometiendo la calidad de la asistencia y reducción de la satisfacción. La percepción de que el acompañante perjudica el parto y la presencia masculina son cuestiones no superadas. Pedidos de cesáreas innecesarias demuestran falta de conocimiento y preparación de las madres y sus acompañantes. El acceso a la información es un derecho de los usuarios, primordial para conocimiento de los beneficios de un parto seguro.

Palabras clave: Chaperones médicos. Derechos del paciente. Investigación en servicios de salud. Salud materno-infantil.

Introdução

A atenção ao parto e nascimento ao longo do tempo sofreu diversas transformações, o processo de institucionalização desencadeado em meados do século XX, possibilitou a adoção de diversos cuidados à saúde reprodutiva visando reduzir os riscos e a morbimortalidade materna e neonatal. Por outro lado, favoreceu o modelo tecnocrático de assistência ao parto, com desfechos negativos para saúde da mulher e neonato^{1,2}.

Mundialmente houve progressivo aumento da assistência ao nascimento em instituições de saúde. No Brasil alcança cobertura acima de 90%, porém há desafios persistentes na qualidade do serviço prestado, como a baixa adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, elevados índices de mortalidade materna, uso excessivo de intervenções e altas taxas de cesarianas desnecessárias^{3,4}.

Segundo declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), paralelamente à maior institucionalização do parto houve o acréscimo dos abusos, desrespeito e maus-tratos contra a mulher. Dois momentos foram identificados de maior vulnerabilidade, o parto e o pós-parto.

Considerados uma violação aos direitos humanos e um problema de saúde pública, que pode repercutir na redução da confiança das pessoas nas instituições e profissionais de saúde⁵. A presença do acompanhante durante a internação para o parto tem sido apontada como um fator inibitório da violência obstétrica e de proteção às mulheres contra os abusos e excessos de intervenções^{1,6}.

Na transição do parto assistido no domicílio para o processo de parturição hospitalar, não foram incorporados atores historicamente importantes para as mulheres, tais como: familiares, o pai/companheiro, pessoas de confiança, amigos ou mesmo as parteiras. Sendo retiradas do ambiente em que estavam familiarizadas, sentiam-se seguras e amparadas por uma rede de apoio social e emocional. Inversamente, a mulher deixou de ser protagonista do próprio parto conferindo aos médicos e profissionais de saúde posição de autoridade sobre o corpo feminino^{7,8}.

Estudos têm apontado que a ausência de apoio contribui para vivências negativas relacionadas à parturição, dentre elas: a insegurança, medo, isolamento e abandono. Enquanto a presença de uma pessoa de confiança da mulher demonstrou estar associada ao aumento da satisfação com a assistência prestada, percepção do parto como evento positivo, além de favorecer o empoderamento/protagonismo da mulher na parturição^{9,10,11,12}.

Em conferência realizada em Fortaleza-CE, no ano de 1985, sobre o uso apropriado de Tecnologias para o Parto e Nascimento¹³, já se destacava a importância de assegurar à mulher o direito ao acompanhante e acesso da família, objetivando a humanização da assistência, o bem-estar da mãe e fortalecimento do vínculo familiar.

Em continuidade a este processo, nos anos 90 a OMS¹⁴ passou a recomendar o apoio do acompanhante às mulheres durante o processo parturitivo, com benefícios clinicamente comprovados e a ausência de riscos advindos desta prática. Nesta diretiva, o Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)¹⁵, passou a incentivar a inserção dos acompanhantes nas maternidades do SUS, para alcance da humanização e melhoria da qualidade assistencial materna e neonatal.

O direito ao acompanhante está regulamentado pela Lei nº 11.108/2005, que visa “[...] garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”¹⁶ (p.01). Assim como, a Rede Cegonha (RC)¹⁷ política instituída em 2011, ressalta no componente parto e nascimento, a garantia de um acompanhante de livre escolha da mulher independente do sexo.

Embora comprovados os benefícios¹⁸ da presença do acompanhante, da existência de

políticas públicas que favorecem sua implementação e do amparo legal, esta não é uma realidade em grande parte das maternidades do país, onde este direito tem sido negado às parturientes. Conforme evidenciado na Pesquisa Nascer Brasil¹, a taxa de mulheres desacompanhadas foi de 24,5%, de modo parcial 56,7% e para apenas 18,8% a presença do acompanhante foi contínua. Dados da Ouvidoria do SUS¹⁹, apontam que 52,5% das mulheres não exerceram este direito devido à proibição institucional.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a implementação da presença do acompanhante na maternidade de um Hospital Universitário e os principais fatores intervenientes para sua consolidação.

Metodologia

Estudo exploratório e descritivo, utilizando como estratégia metodológica de pesquisa a abordagem qualitativa. O estudo é um recorte da tese de doutorado em Saúde Pública, que abordou a avaliação de qualidade da assistência obstétrica em um hospital de ensino, e que apresentou dentre as dimensões avaliadas, o respeito ao direito da mulher ao acompanhante de livre escolha durante a internação para o parto.

A pesquisa foi desenvolvida na maternidade de um Hospital Universitário Federal (HU), situado no estado da Paraíba. Para escolha da instituição como lócus do estudo, estabeleceu-se como critérios: a importância do hospital na atenção ao parto e nascimento no âmbito do SUS; estar integrado à RC; certificação na rede de Hospitais Amigos da Criança, o papel da instituição no desenvolvimento de pesquisas e na formação de recursos humanos em saúde.

A coleta de dados ocorreu no setor de obstetrícia, no período de 01 fevereiro a 30 de junho de 2016. A amostra foi intencional com a identificação de informantes-chave, buscando-se a diversidade de perspectivas dos diferentes atores envolvidos no cuidado. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas, com elaboração três diferentes roteiros para atendimento de características específicas dos distintos grupos entrevistados.

No total foram entrevistados vinte e cinco sujeitos, dentre estes: dez usuárias puérperas, seis enfermeiras, cinco médicos obstetras, três residentes médicos em Ginecologia/Obstetrícia e um docente. O número de entrevistas realizadas foi definido através do critério de saturação, cujo processo de coleta de dados é interrompido à medida que as informações obtidas não trazem elementos novos, se assemelham e atingem a profundidade teórica do fenômeno estudado²⁰.

As entrevistas foram realizadas em local privativo nas dependências da maternidade, com gravação de áudio que posteriormente foram revisadas e transcritas na íntegra e analisadas utilizando-se a técnica de Condensação de Significados²¹. A técnica consiste em definir as unidades de significados naturais de cada participante e cada questão abordada, em seguida determina-se os temas centrais e, por fim, realiza-se uma síntese, que compreende os temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos pesquisados.

O estudo respeitou os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução nº466/2013, parecer de aprovação Plataforma Brasil nº 1.349.257.

Resultados e discussão

Ainda que o direito ao acompanhante tenha sido devidamente regulamentado há mais de dez anos no país, mulheres enfrentam dificuldades para terem esse direito respeitado e garantido. Neste contexto, profissionais e usuárias participantes desta pesquisa, contribuíram explicitando os principais avanços alcançados e os problemas ainda não superados que o HU pesquisado vivencia para consolidação deste direito. A partir do material empírico emergiram quatro categorias analíticas, a seguir descritas.

Benefícios desta prática e sua importância para humanização do parto e nascimento

Verificou-se que para os profissionais, a inclusão do acompanhante de livre escolha na internação obstétrica foi um importante passo no alcance da humanização do parto e nascimento, representando ainda, uma conquista de direitos das usuárias. Sua inserção foi apontada como fator contribuinte para maior empoderamento das mulheres, fortalecimento do vínculo familiar, oferta de suporte emocional, transmissão de segurança e redução das situações de exposição ao isolamento e solidão.

Houve avanços no ponto de vista de direitos às gestantes antes cerceados, como a livre escolha do acompanhante. Dava-se o direito ao acompanhante, mas tinha que ser do sexo feminino. Então houve já uma mudança grande neste paradigma (médico 03).

Essa foi uma transformação muito importante na humanização. Porque isso dá segurança para paciente, ela se sente mais empoderada, à vontade e feliz. Antigamente ela ficava sozinha, isolada da família e fragilizada. Não tinha acesso da família nesse momento único e junto dela (enfermeira 02).

A presença do acompanhante comprovadamente auxilia no maior empoderamento

feminino, reduzindo a vulnerabilidade à violência e maior satisfação com a assistência recebida^{6,22}. Determinante para percepção positiva do parto entre mulheres e famílias, superação do medo e da ansiedade através da transmissão de apoio, segurança e tranquilidade²³.

Constatou-se que todas as categorias de entrevistados consideraram que o direito ao acompanhante foi garantido durante a internação na maternidade do HU, obedecendo ao critério de livre escolha independente do sexo, exceto durante a cesárea. A escolha da mulher para acompanhá-la foi principalmente por membros da família, sendo os mais frequentes o companheiro/pai, seguido da mãe. A realização do revezamento foi citada em função do trabalho ou cuidados aos demais filhos, demonstrando flexibilidade de horários sem imposição de empecilhos por parte da instituição.

Desde que cheguei, eles me falaram que eu poderia ter um acompanhante que eu escolhesse. Veio minha mãe e meu marido, e eles foram revezando (usuária 10)

[...] A escolha é dela, ela quem escolhe sempre. Se quer a mãe, o marido, o pai, a tia ou a vizinha. Enfim, fica ao critério dela. Alguns revezam porque tem outros filhos ou trabalham. O que ela decidir, [**nós**] vamos respeitar e acolher! (enfermeira 02)

Estudos apontam que a inserção do acompanhante de livre escolha nas maternidades ainda encontra dificuldades importantes, sendo impostas diversas restrições^{1,24,25,26}. Nesta pesquisa, evidenciou-se avanços para superação de ideias preconcebidas de que o acompanhante atrapalha, a não aceitação do acompanhante do sexo masculino, além da falta de estrutura e a proteção da privacidade como justificativas para restrição de acesso.

Participantes apontaram que durante o processo de implantação do acompanhante de livre escolha na instituição, houve dificuldades e resistência por parte dos profissionais. Atualmente, a compreensão de grande parte da equipe da maternidade do HU, é de possuírem o dever de proteção e garantia dos direitos das parturientes, cabendo à instituição responsabilizar-se pelas adequações estruturais e organizacionais.

No princípio a lei foi bastante questionada e meio adaptada. Muitas vezes ouvi de alguns profissionais, que deveria orientar ao marido ou a mãe que saíssem da sala de parto. Eu precisava lembrá-los que é um direito da paciente existente desde 2005. Recebíamos acompanhantes apenas do sexo feminino e justificava-se ao pai ou marido/companheiro que estávamos evitando a exposição de outras pacientes porque as enfermarias são coletivas. Mas isso não é culpa deles! A lei descreve que é um acompanhante da escolha da mulher. Então a maternidade que se adequa para cumprir a lei e receber esse acompanhante. Não cabe ao profissional proibir, dizer que o ambiente não favorece. Isso não acontece mais (enfermeiro 04).

Também observou-se a inclusão do pai no nascimento e puerpério, espaço anteriormente restrito aos profissionais e/ou acompanhantes femininas. A participação do pai

foi considerada importante para o fortalecimento do vínculo afetivo do casal, transmissão de tranquilidade e segurança à parturiente, além do respeito ao direito paterno. Indicando avanços no cumprimento da legislação, respeito aos direitos reprodutivos e adesão do serviço às políticas públicas de atenção ao parto e nascimento humanizados.

Assim, foi ótimo! Porque a gente estava junto, ele me ajudou e foi carinhoso, me deixou mais tranquila. Ele queria muito participar do nascimento da filha. É um direito do pai, não é! (usuária 06)

A participação do pai ali no parto, jamais era vista há alguns anos atrás. O pai entrava depois quando o bebê já tinha até nascido. E dizia-se: _‘Venha ver seu filho que nasceu!’ Mas ele não participava do momento. Hoje, já vemos isso e espero que mude ainda mais! (médico 04)

O aumento da presença dos pais nas maternidades tem sido evidenciado por outros estudos^{10,27}, sua inserção no contexto do nascimento necessita de apoio e incentivo por parte das instituições e profissionais de saúde, como apoiadores da mulher e de abertura aos homens de vivenciarem a paternidade de forma plena e participativa^{9,27,28}. Aspectos considerados capazes de contribuir para mudanças na percepção das questões de gênero e masculinidade que envolvem o parto²⁹.

As puérperas valorizaram os benefícios do apoio contínuo representado pela presença do acompanhante durante a internação. Expressaram satisfação com a presença e participação de familiares, relacionado-os a sentimentos de maior apoio afetivo, transmissão de segurança e tranquilidade. Do ponto de vista físico, foram apontados o auxílio para realização do autocuidado e cuidados com o RN.

Com certeza ajuda! Até porque a gente está em um lugar coletivo e sempre temos nossas necessidades privadas. A gente precisa tomar um banho, se alimentar, ir ao banheiro, se ajeitar, amamentar... Enfim, por mais que eles digam que você é mãe e tem que cuidar, a gente não consegue não é? É bom ter um familiar, você fica mais tranquila. Até porque as enfermeiras não são exclusivas para estar aqui 24 horas por dia só comigo (usuária 10).

O suporte físico e emocional proporcionado pelos acompanhantes são similares aos resultados apontados por diversos estudos^{8,30,31}. O contato entre usuárias e demais acompanhantes também possibilitou a formação de uma rede de apoio e criação de vínculos, favorecendo trocas de experiências em saúde durante a internação, principalmente quando em longa permanência e daquelas em que o RN encontrava-se interno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo).

Me deixa até melhor! Porque são palavras diferentes, experiências das quais a gente realmente cresce de certa forma. Eu me sinto bem demais com apoio dos outros pacientes e acompanhantes. Saio daqui e vou visitar as colegas que eu já conheço

nos outros quartos, que o neném também está na UTI. Eu vejo, assim da parte dos profissionais que não tem nenhum tipo de restrição (usuária 01).

A descontinuidade durante a Cesárea

Constatou-se a descontinuidade da presença do acompanhante durante o parto cesáreo. As justificativas apresentadas pelas usuárias entrevistadas para a negativa relacionaram-se principalmente com a rotina do Bloco Cirúrgico (BC), partos de urgência materna/fetal e o desconhecimento do direito ao acompanhante durante a cesariana. Dentre as usuárias que passaram por partos de urgência materna e/ou neonatal, houve percepção da conduta como correta, relacionada à instabilidade emocional do acompanhante. Observou-se a naturalização e a passividade das usuárias frente à recusa dos profissionais do BC em garantir este direito.

[...] Porque na cesárea não entra acompanhante mesmo, avisaram que só no parto normal que pode (usuária 03).

Disseram que não podia só lá na recepção do bloco. [...] Primeiramente que teve alguma complicação lá dentro, com outro paciente. E, por causa da minha pressão foi impedido também (usuária 05).

Só não deixaram o meu marido entrar Bloco. Chamaram depois que ela nasceu, aí ele entrou. Viu ela, ficou comigo no finalzinho da cirurgia e saiu junto comigo. Acho que não podia entrar porque era parto assim de risco. E também porque ele estava muito preocupado, muito nervoso, alterado (usuária 02).

Estudo realizado com parturientes adolescentes no sul do país³² revelou que a falta de informação interfere na capacidade de agir com autonomia e reflete no comportamento passivo frente aos atendimentos que restringem seus direitos. As dificuldades de acesso impostas aos acompanhantes e a falta de informação também têm sido relacionadas à menor satisfação com os cuidados recebidos e vivências negativas relacionadas à parturição^{1,10}.

A menor frequência de acompanhantes no parto cesáreo é um resultado que corrobora com outros estudos^{9,24,25,33,34,35}, dentre os motivos frequentemente descritos estão: partos de urgência; falta de informação das usuárias; resistência, proibição ou desconhecimento dos profissionais; percepção negativa de que o acompanhante interfere e atrapalha; espaço tradicionalmente de domínio médico; a falta de recursos humanos e materiais; inadequações estruturais e organizacionais das instituições às normas vigentes; descompromisso dos gestores.

Tal perspectiva é confirmada pelos profissionais da maternidade pesquisada, que consideram haver desinformação da equipe do BC sobre os direitos das usuárias previstos na legislação, nas políticas públicas e nas diretrizes da RC. Evidenciou-se o descompasso entre

as equipes e a falta de uniformidade das rotinas que garantam o direito ao acompanhante para todas as usuárias, independente do tipo de parto. Essas dificuldades podem estar interligadas com o fluxo contínuo de cirurgias próprio de um hospital geral e na percepção do nascimento como ‘só mais uma cirurgia’. Fato que reforça a necessidade de capacitação dos profissionais do BC, mudanças organizacionais e no processo de trabalho para o atendimento das especificidades, necessidades e respeito aos direitos das parturientes.

Hoje teve uma apresentação pélvica. A enfermeira nem sabia que o pai podia entrar, muita gente no bloco não sabe. E, começam a questionar:
 _ ‘Mas por que vai entrar doutor? É da área de saúde? É profissional de saúde?’
 Muitos mesmo! Vamos orientando, explicando que é um direito da paciente e pedimos para entrar, mas nem sempre conseguimos. Quando você chega lá no BC, o tratamento dela é totalmente diferente. Deveriam treinar o pessoal do BC ou ter um Centro Obstétrico. (médico 04)

A inserção dos acompanhantes nas maternidades brasileiras ocorre de forma insuficiente, apresentando falhas em garantir a presença de forma ininterrupta em diversas localidades do país. No momento do parto, a taxa nacional verificada foi de 32,7%¹. Em Niterói-RJ²², constatou-se a regressão do número de acompanhantes durante a internação obstétrica, chegaram acompanhadas na admissão 90,5% das mulheres e somente 38,1% puderam permanecer com acompanhante durante o parto.

O ciclo vicioso da falta: estrutura, ambiência, conforto e privacidade

Ao serem abordadas as condições de estrutura e ambiência ofertadas pela instituição para manter a presença do acompanhante durante a internação, o principal problema apontado foi o desconforto das instalações e a falta de privacidade. A instituição fornece ao acompanhante, uma cadeira plástica para acomodarem-se ao lado do leito e alimentação. Não foram observados entre os leitos, divisórias, boxes, cortinas ou outros dispositivos que garantissem maior privacidade no alojamento conjunto.

A satisfação com a qualidade da alimentação ofertada aos acompanhantes foi unânime. Por outro lado, usuárias qualificaram o desconforto como elevado para o acompanhante e solicitaram condições dignas de acomodação. Expuseram dois comportamentos comuns dos acompanhantes relacionados ao cansaço: o compartilhamento do leito com a puérpera e ocasionalmente se deitarem no chão durante a noite. A situação foi vivenciada com indignação, insatisfação com a qualidade do serviço prestado, prejuízos ao próprio conforto e preocupação quanto à exposição ao risco de infecção hospitalar.

Os acompanhantes eles não têm assim nenhum tipo de conforto, isso para ser sincera. Eles ficam numa cadeira. Dormir nessa cadeira plástica, eu acho que não é legal! Às vezes trazem lençol e forram para deitar no chão. Ali está arriscado até pegar uma bactéria porque aqui é hospital, depois pega o bebê no colo não é? (usuária 07)

Porque dizem que não pode dormir no chão. Numa cadeira não tem quem aguentar! Uma noite a pessoa já não aguenta, imagina passar 22 dias nessa situação. [...] olhando a situação dele que é bem desagradável, acabo dividindo a mesma cama. Agora está melhor porque não estou mais sentindo dor, recuperei da cesárea, aí dá para ele deitar comigo (usuária 2).

Observou-se divergência entre usuárias, algumas consideraram estes comportamentos inadequados e um desrespeito às orientações dos profissionais e as normas/rotinas hospitalares estabelecidas quanto às acomodações apropriadas para os mesmos.

Achei bom os acompanhantes poderem vir, mas ficar na sua cadeirinha e ajudar. E não ficar aí tudo deitado na cama com as pacientes [...]. Tem a cadeira, mas o povo vai e quer deitar na cama. Eles explicam que isso não pode, dos riscos de contaminação, além da mulher não descansar direito! (usuária 05)

Também houve ambiguidade entre as puérperas participantes quanto à presença do acompanhante do sexo masculino no alojamento conjunto e o grau de privacidade. Para as que consideraram haver perda da privacidade, expuseram dificuldades relacionadas ao autocuidado e cuidados com o RN. Sentiram-se constrangidas e envergonhadas para exercer atividades importantes como a amamentação ou simplesmente descansar. Enquanto para usuárias satisfeitas com a privacidade e com a abordagem dos profissionais de saúde, a presença masculina foi considerada positiva, sendo imputada aos acompanhantes parcial responsabilidade na manutenção da privacidade e respeito ao convívio coletivo.

Essa questão de privacidade a gente não tem muito aqui. Porque, por exemplo: se todas as pacientes que estão aqui trouxerem o marido para acompanhante, eu não me sinto a vontade nem para amamentar e fico envergonhada de deitar, descansar mais relaxada”. (usuária 10).

Acho boa a privacidade daqui! Dá uma escorregada até mesmo dos outros pacientes, porque é culpa dos outros acompanhantes que não respeitam. (usuária 04).

Eu estou compartilhando o quarto com outra pessoa, que neste caso tem um acompanhante homem. Eu percebo que ele tem a consciência de se retirar em determinadas situações. Já outros não têm! Dos profissionais percebo que todas as vezes que vão, tem aquele dom, aquele jeito que sabe instruir a pessoa, de pedir com educação: _ ‘Olha você precisa sair porque vamos fazer um procedimento’. Então em relação a isso, foi bem tranquilo (usuária 01).

Para os profissionais participantes houve falta de organização e planejamento da rede SUS, bem como inadequações importantes de estrutura e ambiência das maternidades. Consideraram que as enfermarias coletivas, sem adoção de medidas protetivas da privacidade, não favorecem a proposta de inclusão dos acompanhantes independentemente do sexo na

internação obstétrica. Introduzindo novas demandas aos profissionais que precisam gerir o cuidado em condições precárias de trabalho, acarretando prejuízos para qualidade da assistência.

Foi uma determinação muito boa e importante! Mas que falhou a organização do serviço e da rede para isso. Existem serviços com enfermarias de até dez leitos, então você pode ter ali até dez homens ou mulheres dentro do quarto. Isso prejudicou muito a assistência, o conforto e a privacidade das pacientes. As maternidades da rede ainda não têm estrutura física pra isso (médico 02).

As enfermarias coletivas das maternidades do SUS não estão preparadas para receber tanta gente. Muitas vezes você precisa fazer um procedimento, examinar, um aconselhamento, conversar com a paciente um assunto mais delicado ou orientações corriqueiras mesmo e não tem a privacidade. É difícil! (enfermeira 03)

Consideram que há necessidade de melhor gestão desta problemática pela instituição através da melhoria das acomodações, principalmente para acompanhantes de usuárias em longa permanência e referenciadas por cidades do interior do estado. Confirmando a situação exposta pelas usuárias anteriormente.

Oferecemos a oportunidade do acompanhante estar ao lado da paciente, mas não ofertamos a estrutura. [...] Precisa melhorar! Oferecer um conforto mínimo. Uma paciente do alto risco, por exemplo, fica acamada e passa aqui um mês, dois meses. Recebemos muitos pacientes do interior, que não têm onde ficar (enfermeira 02).

[...] Respeitamos o direito da família de participar do processo, mas eles não têm um lugar digno para ficar. O conforto é deficiente. A equipe orienta, mas de repente você vê um pai cansado deitado junto com a paciente. Isso está acontecendo bastante! (médica 02)

Fato injustificável após mais de dez anos da vigência da Lei nº 11.108/2005 e implantação da RC que prevê incentivo financeiro para criação, ampliação e reformas. Além da existência RDC n. 36/2008, que estabeleceu Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Enquanto o pagamento de despesas com acompanhantes, nos sistemas público e privado, encontra-se regulamentado respectivamente através da Portaria n. 2.418/2005 e da Resolução Normativa ANS n. 211/2010.

Esta problemática persistente envolvendo a falta de privacidade, estrutura e ambiência, com repercussões negativas para garantia do direito ao acompanhante, tem sido relacionada à falta de compromisso das maternidades em adequar-se à legislação e de superar o modelo assistencial intervencionista que desconsidera os benefícios advindos desta prática³⁴.

O desfecho constatado pelas narrativas foram as dificuldades da instituição e da equipe de saúde para equacionar e garantir dois direitos das usuárias: da presença do acompanhante e à (da?) privacidade. Compreende-se não haver hierarquia de valores entre eles, conforme explicitado pelos participantes.

Claro que eu quero que o pai venha, porque é direito meu e é direito dele também! Mas assim, desse jeito eu também não sou de acordo. [...] Que todo mundo pudesse ter, mas com mais privacidade! (usuária 10)

Vejo a necessidade de mais privacidade para o atendimento das usuárias e o recebimento dos acompanhantes. [...] A estrutura deveria proporcionar condições para que fossem respeitados todos os direitos da paciente! Que tivessem biombos, fechar com boxes individuais ou delimitar a área de cada leito com cortinas. Isso seria muito bom, com certeza! (residente 02)

Orientação para gestantes e acompanhantes durante o Pré-Natal

Profissionais de todas as categorias entrevistadas ressaltaram a necessidade de um trabalho de orientação e educação em saúde, voltadas para usuárias e acompanhantes como parte integrante das ações do pré-natal, reforçadas nas maternidades.

O acompanhante é importante! Muitos ajudam, mas acho também que alguns acompanhantes atrapalham. Vem e querem a cesárea mesmo quando está tudo transcorrendo naturalmente. Teria que ser uma escolha mais orientada e trabalhada junto com a paciente e seu acompanhante desde o pré-natal (médico 01).

Nesta pesquisa, constatou-se ambivalência no discurso dos profissionais, convivendo duas percepções sobre os acompanhantes: positiva – daquele que exerce apoio à mulher na parturição e auxilia a equipe de saúde nos cuidados; negativa - acompanhantes que interferem inadequadamente no cuidado ao não desempenharem o apoio esperado pela equipe, demonstrando divergências mesmo em condutas ligadas ao parto natural e humanizado. A desinformação e a cultura da cesariana foram apontadas como empecilhos para participação mais efetiva dos acompanhantes na assistência durante o trabalho de parto. As dificuldades citadas, não refletiram em impedimentos para permissão da presença dos acompanhantes no serviço.

Foi ótimo porque tem acompanhante que realmente entra e ajuda a mulher parir. Ele compartilha todos os momentos, dá a maior força, dá apoio emocional, auxilia nos exercícios. Mas temos muitos acompanhantes que passam mensagens negativas para paciente. Ele está ali do lado, mas é despreparado para estar aqui dentro e oferecer o apoio que ela precisa. [...] começam a criar tumulto, a gritar, colocar coisas diferentes e erradas para parturiente. Acreditam que está demorando, que estamos negligenciando e precisa de cesariana sem indicação. Isso acaba até mudando a opinião e a colaboração da mulher (enfermeira 2).

Alguns estudos apontam haver resistência dos profissionais em aceitarem a presença dos acompanhantes, apoiados na percepção de que estes atrapalham e/ou se sentem fiscalizados²⁴. Experiências positivas de alguns serviços demonstraram que o trabalho de sensibilização dos profissionais, a formação de grupos de humanização e o envolvimento da

gestão, permitem a melhor inclusão do acompanhante na parturição³³. Acompanhantes ao serem incluídos, orientados e respeitados no processo, tornam-se apoiadores mais ativos das mulheres e auxiliam a equipe de saúde em diversos cuidados.

Conclusão

A maternidade do HU pesquisado demonstrou estar em processo para alcance da inserção do acompanhante de forma contínua. Embora, tenha sido constatada a interrupção frequente durante a realização da cesariana. As dificuldades enfrentadas pelo serviço são advindas principalmente pela falta de estrutura, ambiência e rotinas organizacionais que ainda não se adequaram completamente para o cumprimento da legislação e especificações estabelecidas nas políticas públicas que buscam melhor qualificar a assistência ao parto e nascimento.

As restrições impostas aos trabalhadores de saúde e usuárias advindas das inadequações de estrutura e ambiência para acolhimento dos acompanhantes com conforto e privacidade, acarretam comprometimento na qualidade da assistência prestada e redução da satisfação dos usuários com o serviço prestado. A inadequação das maternidades após mais de dez anos de vigência da Lei nº 11.108/2005, denota o descompromisso com cumprimento da legislação e da falta de investimento de recursos no setor saúde.

A percepção de que o acompanhante atrapalha no momento do parto e a presença masculina, são questões que ainda não foram completamente superadas. Por outro lado, observou-se que a maior parte dos profissionais encontra-se sensibilizada para o acolhimento, orientação e participação do acompanhante em todo o processo. Sendo observado que entre médicos houve maior resistência e menor adesão. Os pedidos frequentes por cesarianas desnecessárias demonstram o desconhecimento e despreparo das parturientes e acompanhantes para o momento do parto.

O acesso à informação é um direito dos usuários, primordial para que mulheres e familiares conheçam os benefícios do parto seguro, qualificado e humanizado, onde todos os seus direitos reprodutivos sejam respeitados. O pré-natal é o momento mais oportuno de informar e preparar as gestantes e seus acompanhantes para o parto. Não eximindo as maternidades de reforçá-las sempre que necessário. Assim, o estímulo à formação de grupos de orientação, cursos, palestras e materiais informativos podem contribuir para melhor preparo de usuárias e participação dos acompanhantes durante a internação obstétrica.

Colaboradores

1. Ramos, Ana Maria: participou ativamente da concepção, redação, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho;
2. Mendes, Antonio da Cruz: participou ativamente da concepção, redação, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho;
3. Miranda, Gabriella Morais Duarte: participou ativamente da revisão e aprovação da versão final do trabalho;
4. Silva, Ana Lúcia Andrade: participou ativamente da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1): S140-S153.
2. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1): S8-S10.
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald, CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 6736(11): 32-46.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1) S17-S32.
5. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. [Internet]. Genebra, 2014. [acesso em 01 Jan 2018]; 04. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
6. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JAlves et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl 1) S154-S168.
7. Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LFSouza, et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(6): 977-984.
8. Ferreira KA, Madeira LM. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. *Enferm. Obstétrica*. 2016; 3(1): e29.
9. Souza SRRK; Gualda DMR. A experiência da Mulher e de seu acompanhante no parto em uma Maternidade Pública. *Texto & contexto enferm*. 2016; 25(1): e4080014.

10. Batista BD, Bruggemann OM, Junges CF, Velho MB, Costa R. Fatores associados à satisfação do acompanhante com o cuidado prestado à parturiente. *Cogitare enferm.* 2017; 22(3): e51355.
11. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* 2013; 17(3): 432-438.
12. Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(1): 44-52.
- 13 – World Health Organization. *Appropriate technology for birth.* *Lancet.* 1985; 326(8452): 436-7.
- 14 – World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide.* Geneva: World Health Organization; 1996.
- 15 – BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, 8 Abr 2005.
17. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet] 2012 [acesso em 02 Jan 2018]; 10. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub4/full>. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Preliminar de Pesquisa: Resultados preliminares da Pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Maio de 2012 a fevereiro de 2013.* Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; Ministério da Saúde; 2013.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
21. Kvale S. *An Introduction to Qualitative Research Interview.* Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications; 1996.
22. Dulfe PAM, Lima DVM, Alves VH, Rodrigues DP, Barcellos JG, Cherem EO. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. *Cogitare Enferm.* [Internet], 2017 [acesso em 02 Jan 2018]; 21 (4). Disponível em:

<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37651>. Doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.37651>.

23. Vaz TH, Pivatto LF. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. *Cogitare Enfermagem*. [Internet], 2017 [acesso em 02 Jan 2018]; 19 (3). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32046>. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.32046>.
24. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME de, Forayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto contexto – enferm*. 2014; 23 (2): 270-277.
25. Brüggemann OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista BD. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015; 36 (spe): 152-158.
26. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Souza RMP. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto & contexto enferm*. 2017; 26 (3): e5570015.
28. Moreira APA, Nunes, IM, Almeida MS, Cruz Santos AC. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. *Enferm. Obstétrica*. 2015;2(1): 3-8.
29. Frutuoso LD, Brüggemann OM, Monticelli M, Oliveira ME, Costa R. Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*. 2017; 9(2): 363-370.
30. Santos ALS, Oliveira ARS, Amorim T, Silva US. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Rev. Enferm. UFSM*. 2015; 5(3): 531-539.
31. Souza TA, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. *Rev. Enferm. UFPE*. 2016; 10(6): 4735-4740.
32. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. *Saúde e soc*. 2014; 23(2) 572-581.
33. Brüggemann OM, Simas EE, Ebele RR, Batista BD. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. *Ciên. Saúde Colet*. 2016; 21(8): 2555-2564.
34. Aires NT, Meincke SMK, Corrêa ACL, Alves CN, Fernandes RFM, Palma JS, et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(1): 263-270.
35. Costa Júnior PB, Carvalho IS, Macedo JBPO. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. *Rev. pesqui. cuid. fundam*. 2013; 5(4): 671-680.
36. Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LFS et al. Construção

e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. Rev. esc. enferm. USP. 2014; 48(6): 977-984.

37. Gonzalez AD, Fernandes ES, Silva EF, Rabelo M, Souza SRRK. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. Cogitare enferm. 2012; 17(2): 310-314.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “A qualidade da assistência obstétrica em um HU: relações entre o ensino e assistência no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado”.

Pesquisador responsável: Ana Maria Ramos Zambroni de Souza

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 19/10/2015

Registro no CAAE: 50187715.4.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.349.257

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 06 de janeiro de 2016.

Vice - Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

 **Maria Almerice L. da Silva**
Técnica em Saúde Pública
Mat. SIAPE 1362520
CPqAM/FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Estudos
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Instituto de Saúde