

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

MATHEUS DE SOUSA MARTINS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DO SUS NOS ESTADOS
MARANHÃO E PERNAMBUCO**

SÃO LUÍS

2018

MATHEUS DE SOUSA MARTINS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DO SUS NOS ESTADOS
MARANHÃO E PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do Maranhão como
requisito para obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zeni Carvalho Lamy

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Martins, Matheus de Sousa.

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DO SUS NOS ESTADOS
MARANHÃO E PERNAMBUCO / Matheus de Sousa Martins. - 2018.
77 f.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2018.

1. Avaliação em Saúde. 2. Parto Humanizado. 3.
Serviços de Saúde. I. Lamy, Zeni Carvalho. II. Título.

MATHEUS DE SOUSA MARTINS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DO SUS NOS ESTADOS
MARANHÃO E PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do Maranhão como
requisito para obtenção do grau de Médico.

Trabalho aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Aline Sampieri Tonello
Universidade Federal do Maranhão

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é produto de um estudo maior, intitulado “Pesquisa Avaliativa da Gestão e Atenção ao Parto e Nascimento na Rede SUS do Brasil”, resultado da parceria entre Ministério da Saúde, Universidade Federal do Maranhão e a Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. A coleta de dados ocorreu em 2017, abrangendo maternidades de todo território nacional, e teve como base as diretrizes da Rede Cegonha, instituída e regulamentada pelas Portarias nº 1.459/2011, nº 2.351/2011 e nº 650/2011.

Para a realização da pesquisa, foi realizado um treinamento teórico e prático de 70 horas. Esse treinamento era, ao mesmo tempo, uma capacitação no tema de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e na metodologia a ser desenvolvida no estudo, e um processo seletivo dos avaliadores que iriam a campo aplicar os instrumentos de pesquisa. Foram selecionados os candidatos que tinham experiência com o campo da Humanização do Parto e Nascimento, com formação especialmente em obstetrícia, pediatria/neonatologia ou em saúde coletiva. Esses avaliadores trabalharam geralmente em duplas, avaliando as maternidades e eram, portanto, responsáveis pela aplicação dos questionários com os gestores, trabalhadores e usuárias.

Os resultados da análise proporcionaram o estabelecimento de um panorama das maternidades do Brasil, além de gerarem dados para subsidiar apontamentos de melhorias a serem discutidos com gestores de várias instâncias, buscando aperfeiçoamento e melhoria das práticas de assistência à gestante e ao recém-nascido. Diante disto, esta pesquisa propõe um recorte de avaliação da implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS nos estados do Maranhão e Pernambuco.

RESUMO

Introdução: Nas últimas três décadas, o Brasil avançou significativamente na melhoria da atenção ao parto e nascimento, como resultado de uma série de esforços e iniciativas da sociedade e do governo. Porém, a redução da morbimortalidade materna e neonatal persiste como um desafio. Devido a isso, o conhecimento da situação de atenção ao parto e ao nascimento, além dos processos de gestão, é de grande importância para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. **Objetivos:** Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS nos estados do Maranhão e de Pernambuco. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa avaliativa com delineamento qualitativo, vinculada ao projeto intitulado “Pesquisa avaliativa da gestão e atenção ao parto e nascimento na Rede SUS do Brasil”, no qual foram avaliadas instituições de saúde que fazem partos nas 27 unidades federativas. **Resultados:** Dentre as 43 instituições de saúde avaliadas a respeito da relação entre gestores e trabalhadores, 21 estabelecimentos foram classificados como inadequados, demonstrando dificuldades para assegurar a existência de canais de diálogo eficazes. Das 13 instituições avaliadas no Maranhão, 4 foram classificadas como inadequadas neste quesito, enquanto 17 das 30 maternidades pernambucanas foram categorizadas como tal. Quanto ao processo de trabalho voltado para a humanização da assistência, apenas 6 das 13 maternidades maranhenses e 9 das 30 maternidades de Pernambuco foram classificadas como adequadas, evidenciando falhas no conhecimento ou compromisso com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento em boa parcela da amostra. Já quanto a incorporação de protocolos de boas práticas, 5 das 13 maternidades maranhenses e 13 das 30 maternidades pernambucanas não incorporavam à rotina dos serviços a utilização de protocolos e indicadores que norteiam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, sendo classificadas como inadequadas. **Conclusão:** A avaliação dos estabelecimentos revelou a persistência de dificuldades na incorporação de protocolos de boas práticas nas rotinas dos serviços. Foram observadas excessivas intervenções e vivências de parto dolorosas, minando o protagonismo e capacidade de autodeterminação das mulheres. Questões estruturais permanecem se mostrando um obstáculo à efetivação das boas práticas. Faz-se necessário maior apoio técnico, operacional, logístico e estrutural às maternidades, possibilitando a criação de novas formas de fazer.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde; Parto Humanizado; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Over the past three decades, Brazil has made significant progress in improving labor and childbirth care, as a result of a series of efforts and initiatives by society and government. However, the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality persists as a challenge. Due to this, the knowledge of the situation at labor and childbirth care, and the management processes, is of great importance for the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality. **Objectives:** To evaluate the implementation of good practices of care for labor and childbirth in SUS maternity hospitals in the states of Maranhão and Pernambuco. **Methodology:** This is an evaluative research with a qualitative design, linked to the project titled "Evaluative research of the management and attention to labor and childbirth in the Brazilian SUS Network", in which health institutions that deliver children in the 27 federative units were evaluated. **Results:** Among the 43 health institutions evaluated regarding the relationship between managers and workers, 21 establishments were classified as inadequate, showing difficulties to ensure effective channels of dialogue. Of the 13 institutions evaluated in Maranhão, 4 were classified as inadequate in this regard, while 17 of the 30 maternity hospitals in Pernambuco were categorized as such. As to the work process aimed at the humanization of care, only 6 of the 13 maternity hospitals in Maranhão and 9 of the 30 maternity hospitals in Pernambuco were classified as adequate, evidencing failures in knowledge or commitment to good practices regarding labor and birth in a good portion of the population sample. Regarding the incorporation of good practice protocols, 5 of the 13 maternity hospitals in Maranhão and 13 of the 30 maternity hospitals in Pernambuco did not incorporate into the routine of services the use of protocols and indicators that guide the good practices of attention to labor and childbirth, being classified as inadequate. **Conclusion:** The evaluation of the establishments revealed the persistence of difficulties in the incorporation of protocols of good practices in the routines of the services. Excessive interventions and painful birth experiences were observed, undermining women's protagonism and self-determination. Structural issues remain an obstacle to the implementation of good practice. Greater technical, operational, logistical and structural support to maternity units are necessary, enabling the creation of new ways of doing.

Keywords: Health Assessment; Humanized birth; Health services.

AGRADECIMENTOS

Ao povo brasileiro, pela oportunidade oferecida a mim e a tantos outros jovens pretos e pardos, pobres e de escola pública.

Aos meus pais, Alaelson e Luciana, pelo exemplo de humanidade e jogo de cintura.

Aos meus irmãos Paulo Henrique e Maria Luiza, pelas tantas demonstrações, muitas vezes involuntárias, do mais puro carinho.

Às minhas avós, Maria de Amorim e Alaíde, cujos abraços me fazem tanta falta. Obrigado pelos valores que moldaram o meu caráter.

À Casa de Estudantes da Universidade Federal do Maranhão, pelo lar cuja acolhida me permitiu trilhar esta trajetória.

Às Donas Gorete, Ermita, Elza, Isaura, Erinalda, Direne e Chiquinha, minha carinhosa família de Caxias.

Aos amigos Dayana, Adriano, Arthur, Solange, Géssica e Pedro, meus iguais.

À Giggia, Gilberto, Thyago, Lina, Drica e Thailon, pela cumplicidade de todos esses anos. Obrigado pelo amparo.

Aos professores Márcio, Sâmia e Patrícia, por deixarem a cuca fresca.

Ao professor Fernando, pelo exemplo.

Às professoras Aline, Teresa e Erika, por toparem esta empreitada.

Ao grupo de pesquisas, pelo aprendizado, em especial à Clarice.

Às professoras Zeni e Laura, pela sensibilidade e infinita paciência. Obrigado por não terem desistido de mim.

"O segredo talvez não seja começar uma vida nova, mas aprender a reavaliar a antiga com olhos menos cansados e habituados".

Alain de Botton

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

® - Marca Registrada

AB - Atenção Básica

CGBP - Casas da Gestante, Bebê e Puérpera

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CPN - Centros de Parto Normal

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GERES - Gerência Regional de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus linfotrópico da célula T humana

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAR - Plano de Ação Regional

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

PQM - Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais

RC - Rede Cegonha

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN - Recém-nascido

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Passos para a coleta de dados.....	29
Figura 2. Fluxograma da Análise dos Dados.....	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. OBJETIVO GERAL	17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1. BREVE HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	18
4.2. POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	20
4.2.1. Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	20
4.2.2. Política Nacional de Humanização.....	21
4.2.3. Rede Cegonha.....	23
4.2.3.1. Protocolos de Boas Práticas	24
4.2.3.2. Informação e Acolhimento	25
5. METODOLOGIA	27
5.1. TIPO DE ESTUDO.....	27
5.2. LOCAL DO ESTUDO.....	27
5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DO ESTUDO	27
5.5. PASSOS DA COLETA DE DADOS	28
5.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
6. RESULTADOS.....	32
6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS MATERNIDADES	32
6.2. INCORPORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE BOAS PRÁTICAS.....	34
6.2.1. Inadequadas	34
6.2.2. Parcialmente Em Construção.....	36
6.2.3. Em Construção.....	37
6.2.4. Parcialmente Adequadas.....	39
6.2.5. Adequadas.....	39
6.3. PROCESSO DE TRABALHO VOLTADO PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	41

6.3.1.	Inadequadas	41
6.3.2.	Parcialmente Inadequadas.....	46
6.3.3.	Em Construção.....	48
6.3.4.	Adequadas.....	48
6.4.	RELAÇÃO ENTRE GESTORES E TRABALHADORES.....	49
6.4.1.	Inadequadas	50
6.4.2.	Em Construção.....	51
6.4.3.	Adequadas.....	52
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade (OMS, 2012).

Nesta perspectiva, a proposição de ações para eliminar ou minimizar os processos que vulnerabilizam as mulheres devem levar em conta aspectos individuais, institucionais, coletivos e comportamentais, bem como as diferentes suscetibilidades particulares, dos grupos e das populações (OLIVEIRA et al., 2014). Ademais, devem ser orientadas para práticas de saúde coletiva, desde o campo da organização da atenção, promoção da saúde, até a formulação de políticas públicas (MEYER et al., 2006).

Ampliar e qualificar a atenção pré-natal, desenvolver ações de produção de cidadania das mulheres, de modo a resgatar suas autonomias e legitimá-las como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, são ações com potencial para intervir nos processos que alimentam a produção e a reprodução de iniquidades entre as mulheres e suas respectivas repercussões na saúde materna (OLIVEIRA et al., 2014).

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário que todas as gestantes, parturientes, recém-nascidos e puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito, visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (ANDRADE; LIMA, 2014).

Apesar dos progressos, ainda persistem grandes desafios, incluindo as mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de cesarianas. A medicalização abusiva no processo de parto e de nascimento também é uma tendência crescente e tem mostrado seu alcance na cultura e nas práticas cotidianas dos indivíduos (VICTORA et al., 2011).

Atualmente, apesar dos partos no Brasil ocorrerem predominantemente em hospitais (98,4%) e serem assistidos por médicos (88,7%), os resultados são insatisfatórios se comparados a outras localidades no mundo que alcançaram coeficientes menores de mortalidade neonatal e infantil (BRASIL, 2009). Esta situação tem sido denominada de “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento com

manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que podem repercutir sobre os resultados perinatais (NASCIMENTO et al., 2012).

Nas políticas públicas na área de saúde da mulher, considera-se a humanização da assistência, defendendo a perspectiva de que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias evitadas e a privacidade e autonomia materna, preservadas. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001).

Algumas dificuldades para implantação de um modelo de assistência ao parto humanizado estão relacionadas a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (DIAS, 2006).

Uma abordagem baseada nos direitos humanos para melhorar a saúde materna e neonatal está centrada na ampliação do provimento de cuidados de saúde e no enfrentamento do problema de discriminação de gênero e de desigualdades na sociedade, por meio de mudanças culturais, sociais e comportamentais, entre outros recursos e visa os países e comunidades que correm os maiores riscos (SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA, 2009).

Nos últimos anos, no Brasil, identificam-se diversas estratégias para redução da mortalidade materna. O Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e sua ampliação através da Rede Cegonha (RC), destacam-se pelo acúmulo conceitual e inovações metodológicas, visando mudar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento para reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2016).

A RC, instituída pela portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Reafirma uma lógica de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se como instrumento para organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios (MAIA et al., 2017).

Diante dessas considerações, este estudo teve por objetivo avaliar a implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS nos estados do Maranhão e de Pernambuco.

2. JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. As mortes maternas e neonatais estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político, ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, bem como ao recém-nascido (PERNAMBUCO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016) aponta que países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Considera-se razoável até 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

No caso do Brasil, universalidade e integralidade do cuidado às mulheres-mães são investimentos que ainda estão por se efetivar (OLIVEIRA et al., 2014). As desigualdades de cobertura e acesso à atenção em saúde entre as regiões norte e nordeste e as áreas mais favorecidas do Sul e Sudeste não estão coerentes com os princípios do SUS. De acordo com o estudo de Silva et al (2016), a região nordeste foi a segunda em valores mais elevados na Razão de Mortalidade Materna (RMM) (em média 80 a cada 100 mil nascidos vivos), ficando atrás apenas da região centro-oeste (em média 85 a cada 100 mil nascidos vivos), entre os anos de 2008 a 2012.

Santos (2013) analisou a mortalidade materna e infantil no Brasil entre 2010 e 2012 e demonstrou o declínio nacional, regional, estadual e local dos óbitos maternos entre 2010 a 2012 no conjunto dos estabelecimentos de saúde. O autor atribui este declínio, dentre outros fatores, à implantação da RC. Ressalte-se, entretanto, que o processo de avaliação incluiu os primeiros 2 anos de implantação da política e caracteriza, portanto, um primeiro passo, necessitando de posterior e contínuo acompanhamento.

A partir dos esforços despendidos nos últimos anos com vistas à melhoria da qualidade da atenção em saúde ofertada às mulheres, este estudo analisou a avaliação da implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS, nos estados Maranhão e Pernambuco, localizados no nordeste brasileiro.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS nos estados do Maranhão e de Pernambuco.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as maternidades do estudo;
- Identificar a incorporação de protocolos de boas práticas;
- Avaliar o processo de trabalho voltado para a humanização da assistência;
- Avaliar a relação entre gestores e trabalhadores dos serviços.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. BREVE HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Nas últimas décadas, esforços governamentais e não governamentais têm sido realizados no sentido de mudar o panorama perinatal no Brasil. As altas proporções de partos cirúrgicos dão ao país o título, nada honroso, de campeão mundial de cesarianas. Somam-se a este fato os dados de mortalidade materna e neonatal, pois em que pese a tendência de melhoria, estão ainda longe do que se consideraria aceitável e desejável. Frente a esta situação, por volta dos anos 80, a OMS e, no Brasil, o MS, entre outras entidades, iniciam movimento de revisão das práticas no campo obstétrico, sobretudo, e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O tema planejamento familiar mostrou-se recorrente nas conferências sobre população em 1974, em Bucareste; 1984, no México e em 1994, no Cairo. Nessas conferências, a posição formal do Brasil esteve identificada pela defesa do livre arbítrio das pessoas e dos casais em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos a controle demográfico. A conferência do Cairo, diferente das demais, contou com grande participação da sociedade civil brasileira, especialmente do movimento feminista (COSTA et al., 2009).

Até o final dos anos 1970, os temas de saúde materna estavam pouco presentes na agenda de saúde do país. A situação mudou após 1980, quando várias políticas e programas de saúde para as mulheres foram adotadas. Essas iniciativas, em conjunto com amplas transformações sociais, como melhorias na educação das mulheres, urbanização e mudanças no papel das mulheres na sociedade (por exemplo, maior acesso ao mercado de trabalho e menor número de filhos), afetaram positivamente os indicadores sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

A ebulição política dos movimentos sociais e sindicatos nos anos oitenta, fruto das insatisfações com as condições de vida, trabalho, e condução política do governo, eclodiram nas greves no final dos anos setenta e nas manifestações de entidades dos movimentos populares e sindicais ao longo dos anos oitenta. Na conjuntura de transição à democracia, a partir dos anos

oitenta, a mobilização dos movimentos sociais, inclusive a do movimento de mulheres, se intensificou (COSTA, 2009).

Não há dúvida que, nos anos noventa, a central participação do movimento feminista brasileiro nos processos e nos resultados das conferências do sistema Organização das Nações Unidas (ONU) e paralelas, além de sua grande capacidade de articulação com feministas de todos os países, conformou alianças estratégicas que resultaram em inegável acúmulo de poder de intervenção de ativistas nacionais, o que, de certa forma, conferiu ao movimento feminista brasileiro grande respeito no plano internacional (COSTA, 2009).

Em 1993, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), organização da sociedade civil que tem por objetivo a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, visando diminuir as intervenções desnecessárias e a promoção de cuidado ao processo de gravidez, parto, nascimento e amamentação baseados na compreensão do processo natural e fisiológico em enfrentamento à violência institucionalizada no parto e no nascimento vigente no país (REHUNA, 2013).

Em 2000, o Brasil tornou-se signatário da Declaração do Milênio da ONU para redução da pobreza e promoção do desenvolvimento, no qual foram integrados os compromissos de conferências mundiais realizadas ao longo da década de 1990 e definidos os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deveriam ser alcançados até 2015 (BRASIL, 2016).

O quarto ODM, de reduzir a mortalidade na infância, levava em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo. O quinto ODM diz respeito a melhorias na saúde materna, cujas metas globais eram reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2015).

Ainda no ano 2000 foi elaborado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal por assegurar aumento na cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Em 2001 foi lançado o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, onde se define o que é considerado humanização da assistência e se defende a perspectiva de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna preservadas (BRASIL, 2001). Em 2005, garante-se por lei o direito às

mulheres a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no SUS (BRASIL, 2005). Na mesma direção, em 2007 assegura-se às gestantes o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência (BRASIL, 2007).

O Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2014) aponta o cumprimento parcial da quarta e quinta metas dos ODM. A taxa de mortalidade infantil no país, que representa 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos, de 1990 a 2011, caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015. O componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) da taxa de mortalidade infantil passou a ser, em meados da década de 1990, o principal componente das mortes na infância. Em 2011, um em cada dois óbitos em menores de 1 ano aconteciam nos primeiros seis dias de vida .

4.2. POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

4.2.1. Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal, através do MS, instituiu no país o PHPN, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, como mencionado, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (SERRUYA et al, 2004). Teve como objetivo, também, desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e à mulher no período puerperal como direitos garantidos de cidadania (BRASIL, 2000).

De acordo Serruya et al. (2004), o Programa está compreendido em um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica integralmente, no seu desenho institucional estão contempladas outras instâncias da gestão indispensáveis para a consecução dos objetivos anunciados. Desse modo, a portaria nº 569 do MS apresenta a estrutura do programa com três componentes: 1) Incentivo à assistência pré-natal, atendendo aos critérios mínimos recomendados pelo programa; 2) Organização, regulação e investimentos na assistência

obstétrica e neonatal para o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais; 3) Nova sistemática de pagamento da assistência ao parto com vistas à melhoria do custeio.

O Programa instituiu critérios para qualificar a assistência e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo PHPN (BRASIL, 2000).

Entretanto, o predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, que se encontram entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão (modos de organização e circulação do poder), podem tornar ineficazes qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças (PASCHE, VILELA; MARTINS, 2010).

Nesse sentido, um importante elemento organizador e estruturante para efetivar a mudança de modelo obstétrico e neonatal refere-se ao reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis, e a decisão política de enfrentá-la nas instituições. O exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde exigiu a construção uma agenda de decisões, que efetivasse os acordos entre os atores envolvidos e assegurasse condições concretas (BRASIL, 2010).

A partir do entendimento da indissociação entre produção de saúde e produção de subjetividades protagonistas, na busca por vias de operar a tríplice inclusão e, assim, dar corpo a ações integrais, ao longo de seus quase vinte anos de existência, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem apostado na estratégia metodológica do apoio institucional, conforme abaixo se expõe. Essa estratégia é posta coletivamente em exercício para análise, intervenção e organização dos processos de trabalho das equipes apoiadas (de secretarias estaduais, municipais, de serviços) (MARTINS et al., 2014).

4.2.2. Política Nacional de Humanização

Para Arone e Cunha (2007), a temática humanização em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas.

A PNH – Humaniza SUS foi criada pelo MS, em 2003, a partir do reconhecimento de experiências inovadoras e concretas que compõem um “SUS que dá certo”. Há quase duas décadas a PNH fomenta mudanças na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira (MARTINS; LUZIO, 2017).

A PNH configura humanização como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão (BRASIL, 2006).

A formação de profissionais para o SUS não é uma questão nova, mesmo assim, continua sendo uma preocupação recorrente de gestores(as), instituições educativas e profissionais de diversos campos de fazer-saber, sobretudo, os campos da Saúde Pública e da Educação. A distância entre aquilo que comumente chamamos de formação teórica e o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde é tema corriqueiro em processos de formação de trabalhadores(as) do SUS (VASCONCELOS et al, 2016).

Barros et al. (2006) afirmam que para a implantação da Política de Humanização, um dos desafios é enfrentar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores: desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, um modelo de gestão centralizado e vertical que impossibilita os trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho.

Foi apresentado pelo MS, em 2009, como uma das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, com o referencial da PNH, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), como reconhecimento da importância de novas estratégias para propiciar mudanças no modelo de atenção e gestão ao parto e nascimento no SUS com vistas a diminuição da mortalidade materna, infantil e qualificação do cuidado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010; BRASIL, 2010).

O PQM construiu um modo de trabalho para qualificação de maternidades, que possibilitou mudanças nos processos de trabalho a partir da criação de condições políticas, institucionais e técnicas baseadas na qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, na humanização do cuidado, na garantia de direito dos usuários e na redução das taxas de

mortalidade infantil e materna. Como gerou bons resultados, passou a ser adotado como modo de trabalho na transição para a RC (BRASIL, 2012).

Com o funcionamento do PQM e, posteriormente, da RC, buscou-se – e ainda se busca – 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, 2012).

4.2.3. Rede Cegonha

A RC, lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, é uma estratégia do MS para o enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011; GIOVANNI, 2013). Essa política também tem como objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que, assim, garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A RC organiza-se a partir dos seguintes componentes: a) pré-natal; b) parto e nascimento; c) puerpério e atenção à saúde da criança; e d) sistema logístico. Os recursos destinados ao desenvolvimento da estratégia são empregados no reforço à rede hospitalar convencional, especialmente relacionada à obstetrícia de alto risco, à criação de novas estruturas de assistência, a exemplo dos Centros de Parto Normal (CPN), e à qualificação dos profissionais de saúde (IPEA, 2014).

A portaria que institui a RC traz como um dos componentes da sua fase II de implantação (Desenho Regional da Rede Cegonha), a elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, a ser pactuado no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e homologado pela Comissão Intergestores Bipartite, e no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, contendo a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, deverão ser elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR. O plano de ação consiste no

registro das atividades estratégicas, suas metas qualitativas e quantitativas com as respectivas programações física e financeira, de acordo com as ações descritas na Portaria GM Nº 1.459/2011.

Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista da extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de se trabalhar com o apoio institucional realizado nas maternidades com as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil. Com esse intuito, a RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM (Acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência) outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de CPN e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (BRASIL, 2012).

Neste sentido, tanto na PQM quanto na RC, contribuição central da PNH focou na finalidade de desenhar a função apoio institucional, partindo justamente do entendimento de que para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde “desumanizadoras”, tecer, enfim, uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des)cuidado naturalizado (MARTINS et al., 2014).

4.2.3.1. Protocolos de Boas Práticas

O objetivo principal da assistência materna de qualidade é favorecer uma experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. Uma boa comunicação entre a equipe e entre esta e a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo. Ambos, mulher e familiares, devem receber apoio constante da equipe assistencial, suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com linguagem clara e acessível e com tom de voz que traduza calma e serenidade (ANDRADE; LIMA, 2014).

Os desfechos perinatais são influenciados por determinantes distais em nível macro (fatores sociais, econômicos e culturais); por determinantes intermediários relativos às condições de vida e trabalho (estado nutricional da gestante durante a gravidez, pré-natal e parto

adequados); e, principalmente, por determinantes proximais associados a comportamentos individuais (complicações perinatais) (VICTORA et al., 2001). Nesse sentido, a atenção pré-natal pode controlar os fatores de risco que trazem complicações à gestação, além de permitir a detecção e o tratamento oportuno de complicações, contribuindo para que os desfechos perinatal e materno sejam favoráveis (DOMINGUES et al., 2012).

Propôs-se, no período de 2009 a 2011, promover um processo de transformação cultural progressiva no modelo hegemônico de atenção obstétrica e neonatal no sentido de assegurar as seguintes orientações gerais ou eixos: vinculação da gestante à equipe de referência da Atenção Básica (AB), garantindo o local para o parto, acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde na AB e nas maternidades; acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos; e a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e para o recém-nascido com necessidade de internação em unidade neonatal, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados (BRASIL, 2009).

Neste sentido, a PHPN surgiu, dentre outros, com o propósito de estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, constituindo uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI et al., 2011). Porém, muitos estudos têm demonstrado que esse conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (COUTINHO et al., 2010; PARADA, 2008). Após 18 anos do PHPN e 7 da RC, o baixo cumprimento das metas propostas é mantido, com taxas de cumprimento de todos os requisitos mínimos preconizados abaixo de 10% (MAIA et al., 2017).

Desta forma, a avaliação de programas e políticas de saúde vem ganhando espaço no Brasil e, destacadamente, as políticas de saúde materno-infantil. Além das condições socioeconômicas, a qualidade da atenção pré-natal está diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (POLGLIANE et al., 2014).

4.2.3.2. Informação e Acolhimento

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios

constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Para isso, é necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. Nas unidades de cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta nesse momento (ANDRADE; LIMA, 2014).

A atenção pré-natal preconizada pela PNH considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (BRASIL, 2012).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que o profissional da equipe técnica deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida. O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2009).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa avaliativa com delineamento qualitativo, vinculada a um projeto maior, quantitativo e qualitativo, intitulado “Pesquisa avaliativa da gestão e atenção ao parto e nascimento na Rede SUS do Brasil”, no qual foram avaliadas instituições de saúde que fazem partos nas 27 unidades federativas.

5.2. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo avaliou instituições públicas ou mistas (privadas conveniadas ao SUS), nos estados do Maranhão e Pernambuco. Foram incluídos estabelecimentos de saúde que no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), no ano de 2015, realizaram 500 ou mais partos em Região de Saúde com Plano de Ação Regional (PAR) da RC, independente de repasse direto de incentivo vinculado ao número de leitos (alto risco e risco habitual) e estabelecimentos que realizaram menos de 500 partos em 2015, mas que receberam incentivos da RC vinculados ao custeio de leitos, totalizando 43 estabelecimentos.

5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo os avaliadores da pesquisa acima referida. Eram sujeitos com experiência com o campo da Humanização do Parto e Nascimento, com experiência em pediatria/neonatologia, obstetrícia ou em saúde coletiva e que foram selecionados e capacitados, a partir de um treinamento teórico e prático de 70 horas.

5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Utilizou-se um roteiro previamente elaborado, denominado Diário de Bordo (Apêndice A), em que os avaliadores registravam informações gerais das instituições e a percepção acerca do funcionamento destes estabelecimentos de saúde relativos aos seguintes âmbitos: 1) incorporação de protocolos de boas práticas; 2) processo de trabalho voltado para a humanização da assistência; 3) relação entre gestores e trabalhadores dos serviços.

Os dados eram registrados no Diário de Bordo ao final da avaliação de cada maternidade e baseavam-se na experiência dos avaliadores no processo de avaliação a partir das entrevistas por eles realizadas (guiada por questionários próprios da pesquisa maior) com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços avaliados presentes no momento das avaliações. Ademais, se baseavam na observação e em conversas informais que fizeram durante todo o período de permanência da equipe nas instituições.

5.5. PASSOS DA COLETA DE DADOS

Para maior clareza do processo dessa pesquisa, cumpre esclarecer os passos da coleta de dados da pesquisa na qual esta se insere.

Após identificação dos serviços a serem avaliados, o contato inicial e agendamento da avaliação era realizado pelo MS. Concomitantemente, era realizada a definição de rotas de avaliações para o trabalho de campo (quais maternidades seriam avaliadas por cada dupla de avaliadores). A seguir, foram selecionados e capacitados os avaliadores. Estes se deslocaram, em número de dois, para cada maternidade para a realização da avaliação.

Ao chegarem às maternidades, os pesquisadores de campo apresentavam-se ao diretor geral ou a quem estivesse respondendo por ele e informavam os objetivos e metodologia da pesquisa. Após este contato, o trabalho era iniciado (Figura 1). Durante o trabalho, eram realizadas entrevistas, análise documental e observação, todos a partir de um roteiro previamente elaborado. Ao final da avaliação de cada maternidade, os avaliadores preenchiam juntos o instrumento Diário de Bordo.

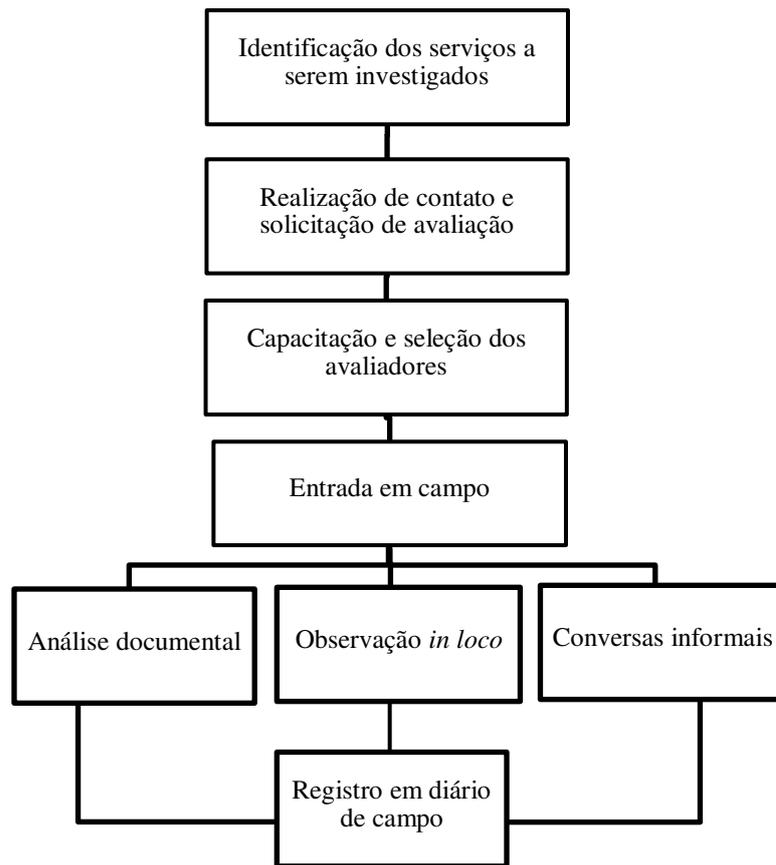


Figura 1. Passos para a coleta de dados.

5.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foram construídas, a partir do referencial de boas práticas preconizadas pelo MS, matrizes para avaliação das maternidades (Apêndice B), para cada âmbito acima enumerado, cujas respostas encontravam-se nas questões vinte e cinco (com subitens A, B e C), vinte e seis (com subitens A e B) e vinte e sete (com subitens A e B) do Diário de Bordo. A análise foi realizada considerando-se os critérios de adequação dos serviços. Para uma maior aproximação com as realidades encontradas, levou-se em conta níveis intermediários, sendo definidas cinco classificações: adequado; parcialmente adequado; em construção; parcialmente em construção e inadequado.

A classificação foi realizada para cada questão do Diário de Bordo, de forma independente, primeiro por uma dupla de pesquisadores, em trabalho conjunto, e depois por um outro pesquisador. Em caso de discordância, um quarto pesquisador, que desconhecia as avaliações anteriores, realizou sua classificação (Figura 2).

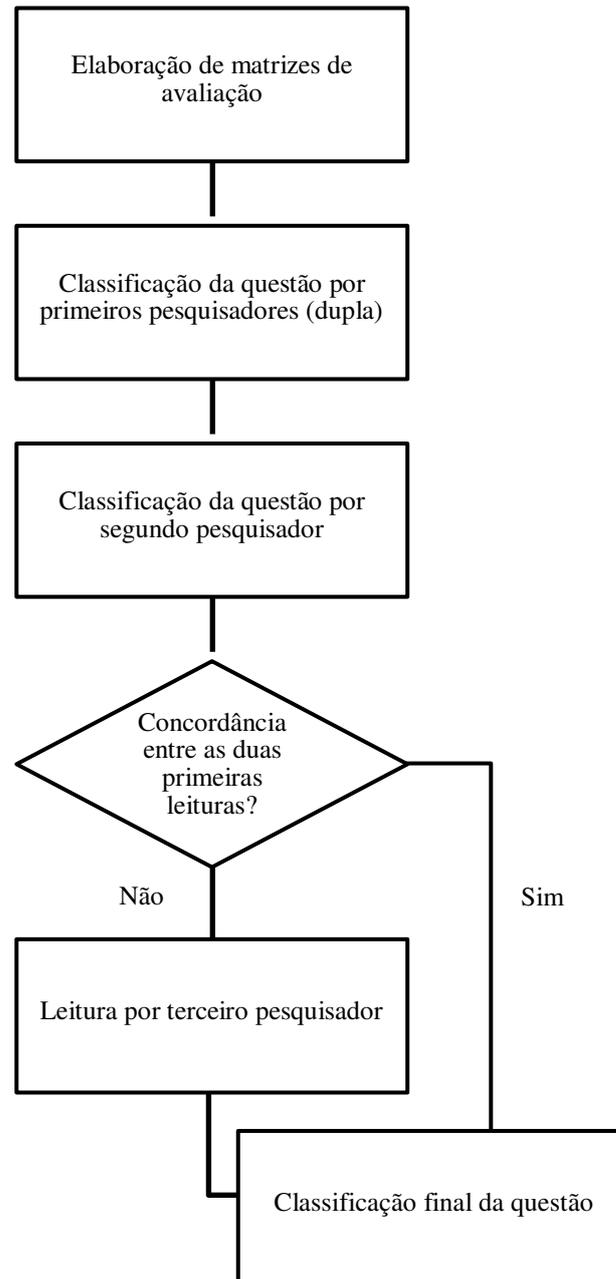


Figura 2. Fluxograma da Análise dos Dados.

Uma vez classificadas cada uma das respostas do diário de campo, elas eram agrupadas conforme se adequavam aos âmbitos de avaliação, da seguinte forma: O processo de trabalho voltado para a humanização da assistência foi caracterizado pelas respostas da questão vinte e cinco, subitem A; a incorporação dos protocolos de boas práticas foi identificada pelas respostas oferecidas às questões vinte e seis (A e B) e vinte e sete (A e B); a relação entre gestores e trabalhadores foi caracterizada pelas respostas oferecidas à questão 25 nos seus subitens B e C.

As categorizações finais dos âmbitos de avaliação respondido por mais de uma questão eram obtidas por consenso das classificações das questões que lhes eram correspondentes.

Durante a leitura dos diários de bordo, não foram identificadas diferenças substanciais entre os relatos das maternidades maranhenses e pernambucanas, motivo pelo qual os resultados são apresentados e discutidos de forma conjunta, garantindo-se, entretanto, destaque a eventuais particularidades.

5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa que originou este trabalho foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, de acordo com a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de aprovação foi gerado sob o número 1.866.931 em 14 de dezembro de 2016 (Anexo A). Para suprimir as possibilidades de identificação das instituições avaliadas, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios, mantendo-se, entretanto, a identificação do tipo de estabelecimento.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS MATERNIDADES

Foram avaliadas 43 instituições de saúde, sendo 13 (30,2%) no estado do Maranhão e 30 (60,8%) em Pernambuco. No Maranhão 53,8% das instituições avaliadas possuíam gestão estadual, ao passo que em Pernambuco este número atingiu 60,0% dos estabelecimentos. Em ambos os estados predominaram hospitais gerais que realizavam parto: 53,8% da amostra maranhense e 80% da pernambucana.

No Maranhão, 7,7% das instituições não possuíam sala de parto ativas, enquanto em Pernambuco este percentual chegou a 13,3%, representando, conjuntamente, 11,6% do total de avaliações. Nenhuma maternidade avaliada possuía leitos de centro de parto normal. As demais características das maternidades avaliadas, por estado, são apresentadas na Tabela 1.

Os dados do Departamento de Informática do SUS (2013), obtidos através do Tabnet, evidenciam que a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados.

De acordo com Dodou et al (2017), na perspectiva da PHPN, a estrutura física adequada é elemento imprescindível para o cuidado humanizado, porém não basta somente que haja uma sala de parto bem equipada e funcionante. Tomando-se a ambiência como o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, percebe-se a interligação entre componentes não só estruturais, mas também de relações e subjetividades para a prestação do cuidado humanizado.

A precariedade das instalações dos serviços de saúde aparece como um problema recorrente. Os estudos apontam problemas de inadequação e manutenção das unidades de saúde ou da infraestrutura do sistema local de saúde, destacando-se a ausência de espaços físicos apropriados nos serviços (TRAD; ROCHA, 2011), além da pouca ou nenhuma disponibilidade de equipamentos e recursos materiais para a prestação do cuidado (PINTO et al, 2010). Isso repercute negativamente na realização de atividades consideradas essenciais no processo de trabalho em equipe, comprometendo, de modo significativo, a qualidade dos serviços prestados,

contribuindo para a desumanização do trabalho e da atenção à saúde, bem como para a insatisfação dos usuários (RODRIGUES et al, 2012).

Tabela 1. Caracterização das maternidades avaliadas nos estados do Maranhão e Pernambuco em 2015 (n=43).

Características	Maranhão	Pernambuco	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Classificação do Estabelecimento	..	..	..
Hospital Especializado com Maternidade	-	7(23,3)	7(16,3)
Hospital Geral com Maternidade	7(53,8)	18(60,0)	25(58,1)
Hospital Materno-Infantil	1(7,7)	3(10,0)	4(9,3)
Somente maternidade	5(38,5)	2(6,7)	7(16,3)
Tipo de Gestão	..	..	..
Estadual	7(53,8)	18(60,0)	25(58,1)
Municipal	6(13,9)	12(40,0)	18(41,9)
Salas de Parto Ativas	..	..	..
Sim	12(92,3)	26(86,7)	38(88,4)
Não	1(7,7)	4(13,3)	5(11,6)
Localização da Sala de Parto	..	..	..
Fora de Área Crítica	8(61,5)	14(46,7)	21(48,8)
Área Crítica	5(38,5)	16(53,3)	22(51,2)
Possui Centro Cirúrgico	..	..	..
Sim	9(69,2)	19(63,3)	28(65,1)
Não	4(30,8)	11(36,7)	15(34,9)
Total de Leitos Obstétricos	..	..	..
0 –| 20	3(23,1)	5(16,7)	8(18,6)
20 –| 40	5(38,5)	15(50,0)	20(46,5)
40 –| 60	1(7,7)	3(10,0)	4(9,3)
60 –| 80	3(23,1)	4(13,3)	7(16,3)
80 –| 100	1(7,7)	2(6,7)	3(6,9)
>100	-	1(3,3)	1(2,3)
Leitos de Centro de Parto Normal	..	..	..
Nenhum	13(100,0)	30(100,0)	43(100,0)
Leitos UTIN	..	..	..
Nenhum	8(61,5)	21(70,0)	29(67,4)
1 –| 10	2(15,4)	5(16,7)	7(16,3)
10 –| 20	-	3(10,0)	3(6,9)
20 –| 30	1(7,7)	1(3,3)	3(6,9)
30 –| 40	2(15,4)	-	1(2,3)
Total	13(30,2)	30(60,8)	43(100,0)

6.2. INCORPORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE BOAS PRÁTICAS

No âmbito que avalia o processo de incorporação de protocolos de boas práticas, assim as maternidades foram classificadas: no Maranhão, cinco inadequadas, duas parcialmente em construção, duas em construção, uma parcialmente adequada e três adequadas; em Pernambuco, treze inadequadas, oito em construção, uma parcialmente adequada e oito adequadas. Não houve maternidades parcialmente em construção em Pernambuco.

6.2.1. Inadequadas

As maternidades classificadas como inadequadas demonstraram não ter incorporado à rotina dos serviços a utilização de protocolos e indicadores que norteiam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Por vezes foram observadas tentativas de apresentação de protocolos que não faziam parte das rotinas dos serviços, denotando reconhecimento da importância destes.

“Não existem protocolos e nenhum interesse para sua implantação nessa maternidade”. (Hospital Macroregional Guabiraba)

“O processo de implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento está lento, sem protocolos assistenciais. Apesar de contar com enfermeiras obstétricas concursadas, a maioria dos partos de risco habitual são assistidos por médicos obstetras [...]. A maternidade não monitora seus indicadores. Atualmente, esse aspecto é insipiente”. (Hospital Regional Cipó-Chumbo).

“Todos os protocolos e indicadores possíveis foram impressos por causa da nossa chegada [equipe de avaliadores], mas alguns protocolos foram feitos por alguns profissionais enfermeiros. Os indicadores foram somente impressos e estudados para serem explicados”. (Maternidade Vassourinha-Doce)

“O processo de implantação no serviço estava lento antes da avaliação, sem protocolos atualizados de atenção ao parto e nascimento, processo de trabalho fragmentado e atendimento por hora de chegada à triagem [...]. As mudanças de gestão no município e na maternidade dificultaram implantar monitoramento de indicadores, atualmente esse aspecto é incipiente”. (Maternidade Quipá).

Sublinhe-se ainda a observação dos avaliadores de que as gestantes de alto risco sofrem, mais frequentemente, excesso de intervenções médicas. Nestes casos, a existência e utilização de protocolos não resguarda o direito ao parto humanizado.

“Temos observado em um contexto geral que os hospitais de alto risco têm menos aproximação das boas práticas baseados no discurso de que é preciso fazer mais intervenções e que um parto de alto

risco perde o contexto fisiológico, humano, e se torna um ato médico. Existem protocolos e são bem elaborados, porém dentro da lógica de medicalização do parto e nascimento”. (Hospital Cambará)

“Apesar de existirem protocolos de boas práticas, do hospital ser credenciado como amigo da criança e de participar do programa ‘Parto adequado’, não observamos a incorporação dos protocolos na prática da assistência, muito pelo contrário, vimos um grande descaso, mulheres vivenciando uma experiência de dor, de desrespeito e medo”. (Hospital Vinca)

Pereira et al. (2018) assinala que nos partos institucionalizados, apesar de realizados por profissionais capacitados, correspondendo a 98% dos procedimentos (dos quais cerca de 90% são realizados por um profissional médico), persistem intervenções desnecessárias e sem critérios, resultando em taxas de mortalidade materna e infantil elevadas.

Neste sentido, Para Leal et al (2014), lembram que a assistência humanizada ao parto representa a contracultura ao modelo hegemônico e envolve conhecimentos, práticas e atitudes, para promover partos e nascimentos saudáveis, garantindo privacidade, autonomia e o protagonismo da mulher, com o desenvolvimento de procedimentos comprovadamente benéficos, sem intervenções desnecessárias, com o respeito às escolhas informadas e a presença de um acompanhante à escolha da parturiente.

Nesta categoria, apontou-se o estímulo oferecido pela presença dos avaliadores, reforçando a hipótese de que avaliações incentivam melhorias nos serviços.

“Percebemos que houve um estímulo com a presença da avaliação no que se refere a ACCR, houve importante troca de conhecimento [...]”. (Hospital Regional Capim-Agulha).

“O processo de implantação no serviço estava lento antes da avaliação, sem protocolos atualizados de atenção ao parto e nascimento, processo de trabalho fragmentado e atendimento por hora de chegada à triagem [...]. As mudanças de gestão no município e na maternidade dificultaram implantar monitoramento de indicadores, atualmente esse aspecto é insipiente”. (Maternidade Quipá).

Quanto à organização dos cuidados perinatais oferecidos à população, as formas de estruturação da rede interfere no estabelecimento de vinculação prévia das gestantes com as instituições onde seus partos serão realizados, a exemplo do observado no estado do Pernambuco, onde a organização se dá via centrais de regulação.

“O grau de envolvimento da maternidade com a Atenção Básica é fragilizado, pouco envolvimento com a gestão das maternidades, dificultando a consolidação do acompanhante no serviço”. (Hospital Regional Capim-Agulha)

“A maternidade recebe boa parte da demanda via central de regulação e também recebe demanda espontânea. A maioria das mulheres, inclusive, é de outras cidades do interior do estado. Elas passam por uma grande peregrinação obstétrica até serem atendidas, ficam horas na estrada, e muitas vezes chegam a parir na ambulância. Não existe comunicação com atenção básica, nem proposta de vinculação com as gestantes que moram próximas à maternidade”. (Hospital Rosinha-de-Pedra)

O estudo realizado por Silva et al (2017), que avaliou a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar, na cidade do Recife - Pernambuco, segundo a satisfação das gestantes, envolvendo 1.000 mulheres, identificou longo tempo de espera pelo atendimento, maior percentual de partos vaginais em maternidades municipais (80%), houve em apenas 16% dos partos o contato pele a pele com o bebê; a amamentação ocorreu em 11% na sala de parto. Hospitais filantrópicos obtiveram melhor avaliação e as dimensões avaliadas apresentaram diferenças significativas, tendo maiores satisfações com os aspectos: respeito (88,2%), gentileza (86,7%), trabalho dos médicos (85,2%) e confiança nos profissionais (84,3%). Os autores concluem que, apesar das conquistas, os achados revelaram a necessidade de reorganização da política de assistência obstétrica com a regionalização, regulação, consolidação das redes de atenção.

Um estudo desenvolvido no estado do Rio Grande do Norte, entre os anos de 2012 e 2014, sobre a situação da RC identificou que os principais desafios e problemas para estruturação dessa rede são fragilidades na vinculação da mulher ao local de atendimento, dificuldades na referência da gestante ao pré-natal de alto risco, o não cumprimento da lei do acompanhante, alto percentual de cesarianas e ausência de protocolos que instituem as boas práticas na assistência ao parto (NATAL, 2014).

6.2.2. Parcialmente Em Construção

As maternidades aqui classificadas demonstraram empenho no estabelecimento de discussão, atualização, adequação e implantação de protocolos de boas práticas, embora não haja garantia de direitos como a presença do acompanhante, por exemplo.

“É perceptível o desejo, preocupação e cuidado da equipe para com a implantação dos protocolos, pois ainda não há a efetivação dos mesmos”. (Maternidade Hospital Municipal Quebra-Pedra)

“No hospital não há acolhimento com classificação de risco, embora haja uma sala específica para atendimento das gestantes que são admitidas. [...] A presença do acompanhante não é garantida totalmente. Na hora do pré-parto e parto os acompanhantes não podem entrar”. (Hospital Geral Municipal Camapu)

A Lei nº 11.108 (07/04/2005), alterou a Lei 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 SUS. A garantia da presença do acompanhante depende da compreensão e cumprimento desta lei, visando colaborar com a atenção ao parto e nascimento humanizado.

6.2.3. Em Construção

Nesta categoria, as maternidades demonstraram um processo de elaboração ou implantação de protocolos de boas práticas e da incorporação da análise de indicadores na rotina do serviço, mas os dados ainda não são tabulados de forma sistematizada.

“No momento, a instituição trabalha com o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, mas se propôs a organizar e preparar demais protocolos. Muitos indicadores são acompanhados, existem livros para registro, porém não há um controle e esses dados não são organizados”. (Hospital Comunitário Pitomba).

“Os protocolos existem e quanto aos indicadores os que não estavam tabulados passarão a ser tabulados conforme informações após a avaliação”. (Hospital e Maternidade Coroa-de-Frade)

Reflexo da implantação de protocolos de boas práticas é a garantia de privacidade, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor e eliminação de práticas de rotina proscritas pelo OMS.

“Neste processo de implantação das boas práticas o hospital conseguiu diminuir radicalmente o uso de ocitocina, a episiotomia, abolir a manobra de Kristeller, ampliar a oferta de bolas bobath, garantir alguma privacidade com cortinas entre os leitos do pré-parto, porém as dificuldades estão em ampliar a atuação da enfermagem obstétrica, que não é muito atuante e o parto é assistido predominantemente por profissionais médicos [...]”. (Hospital Flor-de-Coral)

“O acolhimento é realizado de forma a garantir a privacidade. É feito em conjunto pela enfermeira e médico, vimos que a classificação não funciona em todos os plantões, muitos profissionais afirmaram que não existe classificação de risco”. (Hospital do Mandacaru)

“A gestão afirma que o direito ao acompanhante é cumprido em quase sua totalidade, mas observamos que durante o parto cesáreo ou normal a maternidade não consegue garantir essa lei, seja por falta de roupas ou superlotação no pré-parto. A sala de parto normal fica dentro da área crítica, o que dificulta o acesso dos acompanhantes. De certo modo o acolhimento às mulheres e família fica prejudicado”. (Hospital e Maternidade de Flor-Estrela)

Nesta direção, a consolidação da humanização exige compromisso com a ambiência e seus três eixos norteadores: construção de espaço que vise à confortabilidade, que abrange elementos que atuam como modificadores e qualificadores (cor, cheiro, iluminação); à produção de subjetividades, envolve o encontro de sujeitos que utilizam do espaço para agir e refletir sobre o processo de trabalho (usuários, trabalhadores e gestores); e o espaço propriamente dito, que vai além da arquitetura, buscando estabelecer o ambiente aspirado pelos usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Ficou evidente a relevância da atuação da equipe multiprofissional para a implantação de boas práticas. A presença de enfermeiras obstétricas, assistentes sociais e doulas, neste cenário, conforme destacado nos registros do diário de campo do estado de Pernambuco, pode modificar positivamente as práticas dos serviços.

“As boas práticas falham quando esbarram na falta de estrutura da sala de pré-parto. As doulas contornam bastante a situação, elas oferecem massagens, oferecem a bola e são um ótimo apoio para as mulheres, assim como as enfermeiras obstetras”. (Hospital Planta-Jade)

“Embora os protocolos ainda estejam em fase de elaboração, o fato de a maternidade contar com todas as enfermeiras especializadas em obstetrícia, num total de 15, já reflete uma assistência humanizada norteada por protocolos obstétricos”. (Hospital Municipal Estrela-da-Terra)

“O acolhimento acontece de forma constante, pois o plantão da enfermagem sempre está completo e tem a figura de um profissional do serviço social que possibilita ampliar o olhar para esse acolhimento”. (Hospital Regional e Maternidade Princesa-das-Alturas)

“A gestão está investindo na formação de enfermeiras obstétricas, com profissionais do próprio serviço fazendo a especialização, já são cinco enfermeiros/las com a titulação em enfermagem obstétrica, atuando no hospital. Os processos de trabalho com foco nas boas práticas são cuidadosos, mas ainda com fragilidades, por exemplo, o parto que ainda predomina é o da posição litotômica [...]”. (Hospital Municipal Quebra-Pedra)

“Não tem implantado ACCR. Algumas enfermeiras obstetras assistem ao parto, porém depende da relação com o obstetra. Essas enfermeiras obstetras ficam responsáveis por vários setores durante o plantão”. (Maternidade Quipá)

Andrade e Lima (2014) apontam que uma das grandes lacunas da assistência à saúde no Brasil é a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que proporcione resultados na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal. Por isso, o trabalho integrado em equipe multiprofissional, pedra angular da utilização racional dos recursos

humanos disponíveis, somando diversos saberes e habilidades, muitas vezes não acadêmicas, à exemplo das doulas, deve se tornar uma prática constante na assistência.

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias e não em objetivos comuns. Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2010).

6.2.4. Parcialmente Adequadas

Aqui as maternidades, apesar de incorporarem protocolos e indicadores na rotina do serviço, ainda precisam implementar melhorias, estando estabelecidas as estratégias para que isso seja possível.

“Os protocolos estão sendo incorporados. Quanto aos indicadores do trabalho, há uma necessidade de melhorar, apesar de já terem um plano de ação desenhado e o elenco de indicadores definidos, para serem acompanhados”. (Maternidade Buriti)

6.2.5. Adequadas

As maternidades adequadas demonstraram utilização plena dos protocolos de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, garantindo a atuação dos profissionais de acordo com as condutas amplamente embasadas na literatura. Houve constatação do acompanhamento dos indicadores.

“[...] Durante a análise de documentos, foi disponibilizado indicadores, protocolos e planos de ação, que permitiram notar o compromisso com a melhoria da qualidade de assistência no parto e no nascimento”. (Hospital Tabôa)

“Percebeu-se dedicação, conhecimento e boa prática quanto ao grau de atenção e cuidado, principalmente pelo corpo de enfermagem onde todas as enfermeiras são obstetras”. (Hospital Regional Íris-da-Praia)

Muitos protocolos orientam a condução do trabalho de parto e parto dentro do princípio da humanização e das práticas recomendadas pela OMS. Os indicadores que evidenciam a aplicabilidade das boas práticas são: existência de práticas de vinculação entre o pré-natal e a

maternidade, existência de tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor e aceitação das práticas demonstradamente úteis (CARVALHO et al., 2015).

Nestas maternidades, garante-se acolhimento às mulheres e famílias, fornecimento de informações acerca de direitos, esclarecimento de dúvidas e classificação de risco. Neste processo, destacam-se a atuação do assistente social e do enfermeiro obstétrico.

“Existe informação sobre Acolhimento e Classificação de Risco. As gestantes, puérperas e família são acompanhadas pela assistente social da maternidade, que presta informação a todos de maneira individualizada, tirando dúvidas, prestando esclarecimentos, orientando quanto ao direito do acompanhante. O acompanhante tem livre acesso, o tempo todo, é feito registro da presença do acompanhante e quando ele se nega a entrar também é registrado”. (Hospital Comunitário Pitomba)

Havia vinculação prévia das gestantes às maternidades, denotando cumprimento da legislação e articulação com a AB. Favorece o processo a existência de espaços físicos adequados.

“As puérperas já sabiam que iriam parir nesta maternidade e entendiam bem o fluxo. Dessa forma, havia sempre uma boa relação”. (Hospital Regional Materno Infantil Macaúba)

“A maternidade possui uma boa relação com a comunidade, principalmente a partir da contra referência que garante cuidado compartilhado com a Atenção Básica, bem como recebimento coletivo de gestantes para reconhecimento da maternidade”. (Hospital e Maternidade Rosinha-de-Sol)

“Presenciamos espaços de troca entre maternidade e comunidade através de rodas de conversa, como também através das entrevistas e do espaço físico de um auditório no alojamento conjunto. Logo, demonstra ser uma maternidade respeitada pela comunidade, que presta assistência à saúde materna e infantil, mesmo em circunstâncias de grande demanda”. (Hospital Tabôa)

“Observamos que há uma preocupação da gestão como o cuidado da gestante e da criança com a definição de enfermaria de risco, cuidado para a mulher em situação de abortamento [...]”. (Maternidade Buriti)

Uma maternidade maranhense merece destaque por práticas de humanização especiais no atendimento de povos indígenas, garantindo-lhes respeito aos seus valores e tradições.

“Constata-se o acolhimento respeitoso e extensivo às famílias. [...] Há uma singularidade no serviço, que é o atendimento a um grande número de mulheres indígenas, (Guajajaras, Krikatis, Gavião) e nesses casos, a família toda é acolhida, com enfermarias adaptadas (redes e camas). O hospital é certificado como ‘amigo do índio’”. (Hospital Municipal Quebra-Pedra)

Segundo a Portaria Nº 645, de 27 de março de 2006, o certificado de Hospital Amigo do índio é concedido à estabelecimentos que seguem determinados critérios: garantia do direito

ao acompanhante; dieta especial e informação aos usuários; respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sociocultural; entre outros quesitos.

6.3. PROCESSO DE TRABALHO VOLTADO PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

No âmbito que avalia o processo de trabalho voltado para a humanização da assistência, assim as maternidades foram classificadas: no Maranhão, quatro inadequadas, três parcialmente em construção e seis adequadas; em Pernambuco, oito inadequadas, cinco parcialmente em construção e nove adequadas. Não houve maternidades em construção ou parcialmente adequadas no Maranhão, assim como não houve maternidades parcialmente adequadas em Pernambuco.

6.3.1. Inadequadas

As maternidades classificadas como inadequadas demonstraram desconhecimento ou descompromisso com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme referencial oferecido pela RC.

“A gestão tentou mostrar que é compromissada com o novo modelo, mas não sabia nada sobre o novo modelo. [...]”. (Hospital Macrorregional Guabiraba).

“A gestão parecia não observar muito as questões relacionadas à implementação das práticas”. (Hospital Geral Agupé)

“O processo de trabalho é fragmentado e o atendimento é por hora de chegada à triagem. A maternidade não monitora seus indicadores. Atualmente, esse aspecto é insipiente”. (Hospital Regional Cipó-Chumbo).

“[...] processo de trabalho fragmentado e atendimento por hora de chegada à triagem...”. (Maternidade Quipá).

As narrativas abaixo evidenciam processos de trabalho que produzem descaso, violência, objetualização das mulheres no processo de parto e nascimento. Contextos, muitas

vezes, de superlotação e excesso de demanda que impactam diretamente na (falta de) qualidade da assistência. Há violação a garantias de direitos e práticas reconhecidamente danosas à saúde dos recém-nascidos. Parte fundamental da mudança no modelo, é a ampla modificação no processo de trabalho dos profissionais. Neste cenário, a inobservância ou inexistência de protocolos de boas práticas culminam em situações extremas de maus tratos às crianças, gestantes e puérperas.

“As boas práticas se resumem ao direito ao acompanhante. O estímulo ao aleitamento e ao contato pele-a-pele, dependem dos plantões com a equipe completa, que são uma raridade durante a semana”. (Hospital Regional e Maternidade Princesa-das-Alturas)

“Em um dos momentos de entrevista, um médico examinou uma mulher - não fechou a porta e realizou os procedimentos sem se preocupar com as pessoas que haviam ao redor”. (Hospital Geral Aguapé)

“A superlotação e o quadro reduzido de profissionais provocam um completo caos na maternidade. Os cuidados parecem seguir uma grande linha de produção, ali não existem mulheres e sim, leitos 1,2,3...” (Centro Integrado de Saúde Amamélis)

“A percepção sobre a atenção e cuidado para com as mulheres e bebês é a de que existe um profundo descaso, impaciência em repetir uma informação, ou até mesmo informações negadas. Uma puérpera, submetida a uma cesariana de emergência, não pode ficar com acompanhante porque “não pode ter homem” no alojamento conjunto à noite. O bebê ficou grave e foi transferido para outro hospital. Encontramos esta mulher operada, abalada, sozinha, com dor, sem saber onde estava seu bebê e sem conseguir levantar para ir ao banheiro”. (Hospital Salsa-da-Praia)

“Há dificuldades na incorporação das boas práticas pelos profissionais dos diferentes setores principalmente pela superlotação e ritmo acelerado do trabalho que levam os trabalhadores a condicionar o ritmo de cuidado. Encontramos acompanhantes dormindo embaixo da cama e mulheres dividindo o leito. Três mulheres na mesma cama, em trabalho de parto e também no alojamento. Na análise de prontuário não encontramos um único partograma preenchido, o contato pele-a-pele e o clampeamento tardio do cordão são práticas que não conseguem se estabelecer de acordo com as diretrizes. A relação com os profissionais também é permeada por descaso e violência, segundo as puérperas”. (Maternidade Dedo-de-Dama)

Muitos estudos que têm demonstrado como são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público no Brasil (DINIZ et al, 2015; VENTURINI, GODINHO, 2013; AGUIAR et al, 2013; GOMES et al, 2008; DINIZ, CHACHAM, 2003; MCCALLUM, REIS, 2006; MENEZES et al, 2006). Os relatos dos avaliadores evidenciam o abuso de poder nos centros obstétricos e como as mulheres são tomadas como objetos de intervenção e não como sujeitos.

Em pesquisa com profissionais da saúde sobre violência institucional em maternidades, Aguiar et al (2013) apontam que, ainda que muitos tenham reconhecido o tratamento grosseiro e desrespeitoso com as mulheres, muitos mostraram uma banalização destas atitudes, sendo encarados inclusive como “brincadeiras”. Também foi relatado pelos profissionais que condutas violentas, como uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas às parturientes são comuns e considerados como formas de utilizar sua autoridade para manejar situações corriqueiras do serviço.

A retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta. Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (PASCHE et al., 2010).

Questão recorrentemente apontada pelos avaliadores, a falta de espaços físicos adequados e a incompatibilidade entre demanda e capacidade dos serviços afeta negativamente o processo de trabalho.

“A implantação das boas prática está bastante atrasada. Na verdade, não podemos falar que existem boas práticas: a maternidade está rotineiramente superlotada, o pré-parto, que comporta seis leitos estava funcionando com trinta e seis; as mulheres não tem nenhuma privacidade e não podem ficar com acompanhante, nem no pré-parto, nem na sala de parto, nem no pós-parto. Existe apenas um banheiro no pré-parto, que estava muito sujo e existia uma fila de mulheres em trabalho de parto para utilizá-lo. Mesmo as adolescentes vivenciam o parto sozinhas e sem apoio. O serviço não oferece nenhum método não farmacológico para manejo da dor. As salas de parto normal ficam dentro do bloco cirúrgico e as mulheres após o parto, normal ou cesariana, ficam em macas nos dois lados do corredor sem conseguir leito no alojamento conjunto. Elas ficam literalmente amontoadas. Vimos uma puérpera com suspeita de tuberculose junto as demais e só muito tempo depois ela foi colocada em isolamento. O espaço é tão lotado que para passar no corredor, o profissional tem que passar de lado. Muitas mulheres acabam tendo alta de lá mesmo. Os acompanhantes ficam numa sala de espera do lado de fora do centro obstétrico, muitos, inclusive, sentados no chão. Outro ponto que chama atenção é a falta de preparo dos residentes e estudantes, que fazem muitos toques e procedimentos invasivos que causam desconforto para mulheres. Cheguei a entrevistar uma adolescente de 14 anos que desmaiou de fome depois do parto”. (Hospital Rosinha-de-Pedra).

“O grau de cuidado é proporcional ao contexto da superlotação. As mulheres imploram para que os seus familiares sejam avisados sobre o nascimento de seus bebês. Uma mulher informou: ‘minha mãe,

meu marido, minha acompanhante, só soube que meu bebê tinha nascido várias horas depois...’ Elas imploram para todos que passam para que avisem aos familiares sobre o nascimento. Várias vezes paramos para fazer isso durante a avaliação. Essas mulheres ficam com medo até de tomar um banho depois do parto, pois para isso seus bebês têm que ficar sozinhos, na maca, no corredor. É impossível facilitar um cuidado respeitoso e amoroso na situação deste serviço”. (Hospital Rosinha-de-Pedra)

“Foi observado que falta estrutura adequada para a melhora da atenção do parto e nascimento”. (Hospital Regional Bredo-da-Praia)

Sabe-se que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde. Para os profissionais, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado (BERTOCINI et al., 2011).

Cabe destacar que nos hospitais-escola avaliados, há relatos de que mulheres são submetidas, sem consentimento, a procedimentos indesejáveis para finalidade de treinamento de acadêmicos e residentes, prática que reproduz um comportamento de apropriação dos profissionais de saúde, destacadamente os médicos, de apropriação do corpo feminino.

“Por se tratar de um hospital-escola, existem muitos problemas como toques vaginais excessivos e falta de privacidade”. (Maternidade Dedo-de-Dama)

“Muitas mulheres relataram incomodo em relação à presença de residentes e estudantes. Os locais estão sempre repletos de estudantes, que se comportam de maneira inadequada, causando sofrimento para as mulheres. Escutamos, de uma puérpera, que após o nascimento do seu filho, uma estudante o pegou e disse que era lindo e queria ficar com ele, ao que preceptora completou: ‘se você gostou tanto então pode levar’. Naquele momento delicado tanto a puérpera, quanto a sua mãe, ficaram muito assustadas e a avó gritou perguntando para onde estavam levando o bebê. Os estudantes e residentes ficaram rindo e a garota respondeu que iria levar o bebê apenas para estudar. A avó contando a história dizia, ‘meu neto não é um livro para ser estudado, minha filha tinha acabado de parir e tinha um bando de gente rindo e zombando da gente’” (Hospital Cambará).

O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado, de modo que muitas vezes a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos

e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regra usuárias do SUS (DINIZ et al, 2016).

Alinhando-se a isto, o que os relatos evidenciam não é apenas um modelo intervencionista, mas também desrespeitoso e violento, em que uma lógica de violência é aprendida com os preceptores e reproduzida pelos alunos.

Diversos autores (d'OLIVEIRA et al, 2002; OMS, 2018; MALHEIROS et al, 2012; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008; SOUZA et al, 2011) apontam a formação profissional pautada no modelo biomédico e o conseqüente despreparo e desqualificação das equipes como um dos principais obstáculos para a prática da humanização no parto e nascimento e problema de grande repercussão sobre a saúde de mães e recém-nascidos. Outra questão, que se distingue, mas não se separa da anterior, diz respeito à enorme resistência, principalmente por parte de profissionais médicos, ao deslocamento de poder que essas mudanças no modelo atenção promovem com a mudança das práticas (TESSER et al, 2015)

Em maternidades de alto risco, conforme já assinalado, existe peculiaridade, conforme observado no estado do Pernambuco: excessivas intervenções na assistência, sob o argumento de serem gestações de alto risco.

“Não há um aparente compromisso com a mudança de modelo, existe uma crença de que o parto de alto risco não se relaciona com o modelo de humanização e todas as intervenções são justificadas por se tratar de uma maternidade de alto risco. A superlotação também é a justificativa para não conseguir oferecer uma atenção mais humanizada”. (Hospital Vinca)

“Observou-se que muitos bebês recebem fórmula infantil, mesmo com sucção boa e peso normal”. (Hospital Geral Aguapé)

O uso da fórmula infantil só está indicado em casos que o recém-nascidos não pode receber amamentação materna exclusiva, como: mães infectadas pelo vírus HIV, mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação e criança portadora de galactosemia (BRASIL, 2015).

Outra prática inadequada realizada por algumas instituições foi a não priorização do contato pele a pele na primeira hora de vida. O contato pele a pele imediatamente após o parto entre a mãe e o bebê estimula o vínculo e desperta sentimentos agradáveis na puérpera, auxilia também na estabilização dos batimentos cardíacos, reduz o choro e estresse do recém-nascido e evitar a hipotermia (D'ARTIBALE, 2014; SANTOS, 2014, MATOS et al., 2010).

6.3.2. Parcialmente Inadequadas

As maternidades desta categoria, embora demonstrem falhas no percurso, como conhecimento parcial de políticas ministeriais, ou pendência na institucionalização de protocolos, demonstram motivação quanto ao estabelecimento do processo de trabalho voltado para humanização da assistência.

“A direção e coordenação se mostraram dispostos”. (Maternidade Babaçu)

“Tendo em vista que a maternidade praticamente fechou durante o ano passado [2016], vem tentando, com aparente motivação, implantar toda mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento. Ainda um pouco desconhecedores das boas práticas [...]”. (Hospital Mangaba)

“Existe uma sensibilização de alguns profissionais, mas, existe uma resistência por parte dos mesmos, sendo que a direção e a coordenação se mostraram dispostos”. (Maternidade Vassourinha-Doce)

“[...]Evidenciamos iniciativas pontuais em pontos específicos, tendo avançado com o tempo na mudança do modelo devido ao conhecimento técnico de alguns profissionais”. (Hospital Paquevira)

Semelhante ao observado nas maternidades inadequadas, questões de infraestrutura e relacionadas às demandas mostraram-se como pontos chave na compreensão dos obstáculos a processos de trabalho voltados para a humanização da assistência, ainda que exista motivação e empenho das maternidades para fazê-lo. Condições degradantes foram presenciadas durante a visita dos avaliadores.

“[...] A superlotação faz com que as mulheres que passaram por cesariana tenham preferência na hora de conseguir uma vaga no alojamento conjunto. Sendo assim, as demais, que tiveram seus partos realizados por via vaginal, muitas vezes ficam internadas em cadeiras ou poltronas nos corredores do próprio pré-parto, sem direito a acompanhante e costumam receber alta com menos de 24 horas por falta de leito para acomodá-las. [...] A oferta de métodos não farmacológicos para o manejo da dor é precária, o espaço é insuficiente e os materiais são apenas restritos a bola bobath e oferta de massagens pelas doulas, que por sua vez também não compreendem a demanda. A quantidade de banheiros é insuficiente [...] No dia da visita [dos avaliadores], havia 17 gestantes em poltronas nos corredores”. (Centro Integrado de Saúde Amamélis)

Em uma maternidade maranhense, houve demonstração de expectativas da gestão com a inauguração de um CPN para oferta de melhor cuidado às mulheres durante o parto e nascimento, apontando consciência dos gestores da importância deste tipo de estabelecimento.

“As apostas da gestão são na inauguração do centro de parto normal, segundo eles para melhorar a implementação das práticas eles precisam de uma ambiência que favoreça o processo”. (Hospital Geral Municipal Camapu)

A partir de diversas evidências científicas que apontam a importância de atitudes favoráveis à valorização do parto normal e de práticas humanizadas, o MS vem enfrentando o cenário de ambientes altamente medicalizados enfatizando e valorizando a implantação de edificações com estruturas prediais simplificadas. Dentre os modelos desenvolvidos e propostos, destaca-se a *maternidade simplificada*, formalmente denominada Centro de Parto Normal, também conhecidas como “Casas de Parto”. Os CPNs foram formalmente criados através da publicação de uma Resolução do Ministério da Saúde (Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999), que estabeleceu os parâmetros legais para sua implantação.

Entretanto, de acordo com Bittencourt e Barroso-Krause (2004), há um conflito assistencial, refletindo sobre a efetividade funcional e validade técnico-operacional destes estabelecimentos, uma vez que os CPN privilegiam a atuação da enfermagem em seus diversos níveis de formação, reduzindo a participação de médicos, o que tem dificultado o avanço na implantação destes estabelecimentos. Embora todos os profissionais envolvidos reconheçam a importância que os trabalhos especializados expressam pela relação de complementaridade e interdependência entre si, há uma evidente e pública divergência quanto ao papel da enfermagem no que diz respeito às gestantes que possam vir a atender. O que coloca mais um desafio à mudança do modelo de atenção.

Em um serviço de Pernambuco foi demonstrada articulação da secretaria municipal de saúde e da gestão da maternidade para a mudança de atenção ao binômio mãe-bebê, com repercussões positivas no processo de trabalho.

“A secretaria municipal de saúde e a gestão da maternidade demonstraram bastante engajamento com a mudança do modelo obstétrico e neonatal na maternidade. Maternidade com ótimas condições estruturais, ambiência próxima ao preconizado, com fragilidade na porta de entrada sem a implantação e adequação de ambientes para o ACCR, possui boa ambiência, apesar de não apresentar plotagens em todos os ambientes, dispõe de camas PPP e uma bola bobath, para as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, porém o processo de trabalho ainda na lógica biomédica [...]”. (Hospital e Maternidade Chanana)

As evidências científicas que embasam a mudança de atenção ao parto e nascimento são distorcidas à luz da uma visão biomédica hegemônica, como comparece na questão da analgesia de parto realizada em um serviço de Pernambuco.

“Percebemos que as evidências são discutidas, mas dentro de uma visão de medicalização do parto e nascimento. Por exemplo, o diretor de obstetrícia informou que gostaria que todas as mulheres

recebessem analgesia no parto normal e que os médicos precisam ser treinados para fazer mais intervenções no parto normal”. (Hospital Cambará).

6.3.3. Em Construção

Nesta categoria, as maternidades apresentam boas condições gerais, com gestões dispostas à mudança de modelo com reorganização do processo de trabalho e demonstraram projetos que reforçam a implementação de práticas humanizadoras, embora não seja possível afirmar a plenitude das mudanças. Em uma maternidade pernambucana, a presença de representante de Gerência Regional de Saúde durante a avaliação gerou agenda de mudança.

“É fato que existe uma vontade da gestão com a mudança de modelo, estavam ansiosos para receber a presença da rede cegonha e relataram um bom projeto de amamentação exclusiva”. (Hospital Regional e Maternidade Princesa-das-Alturas)

“Percebe-se que a maternidade tem boas condições gerais, ambiência próxima a preconizada pela Rede Cegonha com plotagens e adesivos com motivos que humanizam os ambientes, equipamentos para as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, porém o processo de trabalho ainda na lógica biomédica. Tais mudanças aconteceram em reforma nos últimos anos, mas a constante mudança de secretário municipal de saúde impactou na continuidade da implantação do modelo de gestão de atenção ao parto proposto pela política[...] Atualmente, a gestão da maternidade demonstrou desejo e compromisso com a mudança, expresso nas agendas que essa avaliação provocou entre os representantes do serviço e da I gerência de saúde (I GERES/SES-PE). Ficou pactuado também conversa da I GERES com o gestor municipal para apoiar a implementação da rede cegonha em todo o município, articulando melhor as equipes de saúde da família e a maternidade”. (Maternidade Quipá)

Uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores (BRASIL, 2010).

6.3.4. Adequadas

As maternidades classificadas como adequadas mostraram-se compromissadas - gestores e trabalhadores - e coesas quanto a mudança de modelo, refletindo em mudanças na

prática diária de atenção ao parto e nascimento, no sentido da plena humanização. Há ampla incorporação de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto

“A gestão demonstrou conhecimento e compromisso com as adequações e políticas referentes ao modelo de atenção ao parto e nascimento”. (Hospital Regional Materno Infantil Macaúba)

“Foi perceptível, durante o processo de avaliação da maternidade, ações que indicam o compromisso da gestão, bem como dos trabalhadores, com as boas práticas na atenção ao parto e nascimento convergindo, portanto com a proposta da Rede Cegonha. Tem-se como exemplo: inserção de enfermeiras obstetras, utilização de métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho de parto, indicadores de atenção perinatal e a presença do colegiado gestor”. (Hospital Tabôa)

“[...]uma inovação percebida foi a disponibilidade do ultrassom natural e a disponibilidade de giz de cera e imagens para colorir, em cada leito do pré-parto [...]”. (Hospital Salsa-da-Praia)

A importância da proximidade do MS com as maternidades foi apontada por algumas maternidades como fundamental para o aperfeiçoamento dos serviços, a partir da oferta do apoio institucional e apoio matricial desde o PQM e RC e por meio de avaliações desta natureza.

“Observamos que há um compromisso da gestão com a implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, em função deste processo ter sido estimulado com os apoiadores do Ministério da Saúde, matriciamento de atenção ao recém-nascido e o conjunto de ações da gestão da maternidade e essa maternidade ser uma das maternidades eleitas como prioritárias no país, embora ainda estejam em processo de implantação, o processo evolutivo é perceptível”. (Maternidade Buriti)

“Foi relatado na entrevista com gestores sobre a visita de avaliação anterior (2015), em que a maternidade ficou com vários pontos baixos. A partir de então, procurou melhorar seus indicadores”. (Hospital Tabôa)

6.4. RELAÇÃO ENTRE GESTORES E TRABALHADORES

No âmbito que avalia a relação entre gestores e trabalhadores, assim as maternidades foram classificadas: no Maranhão, quatro inadequadas, uma parcialmente em construção, duas em construção, uma parcialmente adequada e cinco adequadas; em Pernambuco, dezessete inadequadas, uma parcialmente em construção, cinco em construção, duas parcialmente adequadas e cinco adequadas.

6.4.1. Inadequadas

Os estabelecimentos classificados como inadequados demonstraram dificuldades para assegurar a existência de canais de diálogo eficazes, havendo distanciamento entre trabalhadores e gestores. Reuniões são pontuais e restringem-se à cobrança, por vezes de forma vertical e autoritária, de melhorias dos serviços ofertados sem que haja, contudo, ambiente que permita discussão das formas para fazê-lo. Neste cenário, a existência de espaços de gestão colegiada resta prejudicada.

“Bem distante estão os trabalhadores dos gestores”. (Hospital Juçara)

“Não há espaços de gestão colegiada. Os profissionais informaram que há reuniões somente para cobranças de melhoria dos serviços ofertados.” (Hospital Geral Municipal Camapu)

“Pelos comentários dos profissionais, o gestor é autoritário e não existe comunicação”. (Hospital Macrorregional Guabiraba)

“No geral, a relação entre trabalhadores e gestores é administrativa”. (Hospital Planta-Coração)

“Sobre a comunicação dos gestores com os trabalhadores, percebemos que não há uma rotina de trocas para construção dos processos de trabalho. Notamos tudo muito solto nesse sentido. As rotinas são impostas pelos profissionais do plantão dentro de um sistema hierárquico. Observamos, por exemplo, no livro de parto, que em determinado plantão são realizadas muitas episiotomias, chegando a mais da metade das mulheres internadas naquele momento, enquanto que em outros plantões nenhuma episiotomia era realizada”. (Hospital Salsa-da-Praia)

Assinale-se que a ausência de espaços para diálogo entre gestão e trabalhadores guarda relação com insatisfação dos profissionais, tornando o ambiente, muitas vezes, conflituoso.

“Na nossa percepção não há um espaço de decisões colegiadas, nem de debates sobre o processo de trabalho. Os trabalhadores estão muito estressados e desanimados. Nas entrevistas com os profissionais, uma entrevistada chegou a ter uma crise choro e percebemos que o estado de conflito é constante e anormal”. (Hospital Regional Capim-agulha)

“Não existe decisões colegiadas. A relação entre os gestores e trabalhadores parece ser conflituosa. Os profissionais demonstram estar muito insatisfeitos”. (Maternidade Sedum-vistoso)

No contexto da saúde, Marsillac e Fincato (2010) reforçam que o ambiente de trabalho compreende não só o espaço físico, a infraestrutura e o complexo de tecnologias, equipamentos e materiais, mas também o conjunto composto pelas condições de trabalho, conforto, seres humanos e relacionamentos interpessoais, incluindo as relações com os chefes, superiores e gestores.

6.4.2. Em Construção

As maternidades parcialmente adequadas se mostraram frágeis na garantia de diálogo e tomada de decisão em espaços coletivos. Elementos determinantes para tal são a falta de planejamento e apoio, seja pela administração dos estabelecimentos, seja por parte das secretarias de saúde.

“A gestora demonstrou contato direto somente com os profissionais que exerciam cargo de chefia”. (Hospital Geral Aguapé)

“Do pouco que passamos na instituição, notamos a coordenação se esforçando em mostrar uma boa comunicação com a equipe, o que nos pareceu muito fragilizada”. (Maternidade Babaçu)

“A comunicação entre gestores e trabalhadores acontece dentro dos espaços de gestão compartilhada, mas muito fragilizada devido falta de apoio. Relataram a dificuldade em manter o colegiado gestor e inserir os técnicos, criaram estratégia de inserir um representante da categoria para contemplar a demanda dessa categoria profissional”. (Hospital Regional e Maternidade Princesa-das-alturas)

A parcialidade do funcionamento dos colegiados gestores se exemplifica na dificuldade das maternidades em inserir representantes de usuários e de todas as categorias profissionais. Os avaliadores apontam como estratégia desenvolvida pelas maternidades, visando o contorno desta última falha, inserção de um representante de cada categoria profissional, ainda que em modelo hierárquico, para que suas demandas sejam contempladas.

“As decisões colegiadas não envolvem os técnicos, tampouco as usuárias. Parece que funcionam por temática como, por exemplo, a de mortalidade materna e as demais reuniões são feitas por categorias profissionais [...]”. (Maternidade Dedo-de-Dama)

“A comunicação entre gestores e trabalhadores acontece dentro dos espaços de gestão compartilhada, mas muito fragilizada devido falta de apoio. Relataram dificuldades na manutenção do colegiado gestor e inserir os técnicos [de enfermagem]. [Para tal] Criaram estratégia de inserir um representante da categoria para contemplar a demanda destes”. (Hospital Regional e Maternidade Princesa-das-Alturas)

“Em geral percebemos que não há um clima de conflito, e que os profissionais se sentem escutados quando possuem alguma questão. A tomada de decisões parece partir de um espaço muito organizado, existem várias reuniões e com participação das chefias. Porém dentro um modelo bastante hierárquico”. (Hospital Rosinha-de-Pedra)

“Essa relação [comunicação entre gestores e trabalhadores] não é muito clara. A gestão afirma que existem espaços compartilhados formais, mas na fala dos profissionais não é mencionada estratégias

de planejamento participativo ou ampliado como, por exemplo, periodicidade de colegiado gestor ou algo similar". (Hospital e Maternidade Flor-Estrela)

Compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de saúde, diretores e, no caso do hospital, todos os coordenadores das unidades de produção. Dentre outras, tem como atribuições: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades, definir os investimentos, organizar os projetos das várias unidades, construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos Conselhos Gestores e administrar imprevistos (BRASIL, 2010).

Merece especial menção a utilização de aplicativos para celular com intuito de permitir que a comunicação se estenda além do tempo em que os profissionais estão nos estabelecimentos de saúde. Entretanto o uso destas ferramentas, apesar do evidente potencial, não assegura informações acerca da gestão, limitando-se a discussão de casos clínicos.

"Aqui o uso das novas tecnologias de comunicação auxilia no diálogo entre gestores e trabalhadores. Os grupos de WhatsApp® são usados como uma ferramenta importante para não se perder a conexão com o que ocorre dentro do hospital mesmo não estando de plantão, mas não é um espaço aonde acontecem repasse de informações sobre a gestão e de participação dos profissionais nessa tomada de gestão. E mais grupos de discussão de casos ou algo similar". (Hospital e Maternidade Flor-Estrela).

6.4.3. Adequadas

Aqui as maternidades apresentaram boa relação entre gestores e trabalhadores, com garantia de espaços coletivos de tomada de decisão incorporadas à rotina do serviço, ainda que não sejam formalizados ou se façam por meio de experiências alternativas - bem-sucedidas -, como aplicativos de comunicação para celular e e-mail, semelhante ao observado acima.

"A maternidade evoluiu bastante no processo de gestão colegiada. Existe um grupo colegiado gestor com reuniões periódicas e sistemáticas, além da realização de debates entre os trabalhadores com temas inerentes as boas práticas". (Maternidade Buriti)

"O espaço de cogestão tem sido estimulado. As reuniões acontecem de acordo com o calendário pactuado previamente com toda a equipe, trabalhadores e gestores". (Hospital Regional Materno Infantil Macaúba)

"Em geral percebemos uma boa relação entre gestores e trabalhadores, os profissionais fazem menções muito positivas a respeito da gestão, que visivelmente é bastante ativa. A comunicação ocorre

abertamente via grupos de WhatsApp[®], de e-mail, reuniões, capacitações, etc. Vimos muitas aberturas e formas de comunicação, embora não existam espaços formalizados de gestão compartilhada, os profissionais de modo geral sentem que suas questões são levadas em consideração na tomada de decisão da gestão”. (Hospital Mandacaru)

“Existe um planejamento participativo, acontecem reuniões semanais e mensais, entre gestão, profissionais, unidades de produção e rodas de conversa”. (Hospital Comunitário Pitomba)

Ressalte-se a importância do envolvimento dos trabalhadores, lançando mão de estratégias como realização de eventos e frequentes reuniões para tratar do processo de trabalho.

“Podemos dizer que existe uma boa relação, a administração é muito atuante e envolvida e muito motivada e motivadora. Eles procuram envolver os trabalhadores, fazem eventos, fazem diversas reuniões sobre os processos de trabalho. Vemos que existem vários espaços coletivos, onde os coordenadores de fato funcionam com boas pontes de comunicação entre trabalhadores e a gestão. Os setores têm reuniões envolvendo todos os trabalhadores, a exemplo do caso da necessidade de melhorar organização da sala de parto, todos os profissionais avaliaram em conjunto como seria a rotina de limpeza e organização da sala de parto e muitas decisões são pactuadas desta maneira”. (Hospital Planta-Jade)

Desde o PQM, o MS tomou a cogestão (ou gestão participativa) como diretriz ético-política, entendida pela inclusão dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários no planejamento, na execução e na avaliação dos processos de produção de saúde, visando modificar os modos de organização do trabalho nestes espaços, por intermédio da reflexão e da ação coletiva, bem como por meio do avanço da democracia institucional para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2009).

Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. De forma que ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho (BRASIL, 2010).

Figueiredo e Lansky (2014) reforçam que ao promover reflexão sobre práticas de cuidado e de gestão, problematizando e ofertando recursos conceituais e metodológicos para o reposicionamento dos processos de trabalho, na perspectiva de se qualificar as intervenções e melhorar as respostas dos serviços de saúde, o envolvimento dos trabalhadores e gestores poderia ampliar compromissos e satisfação no trabalho.

No Maranhão, em uma das avaliações salientou-se a participação da gestão municipal de saúde na maternidade, estimulando a participação dos profissionais na tomada de decisões.

“Fica bem patente, no decorrer do trabalho, que as decisões são compartilhadas, a gestora municipal de saúde também, sempre muito presente no hospital estimulando a participação dos profissionais e ouvindo a todos eles”. (Hospital Municipal Quebra-Pedra)

Nesta mesma instituição, há destaque à articulação do serviço com a AB, com vistas o fortalecimento das ações para humanização do parto e nascimento e discussão dos processos de trabalho, conforme preconizado pelo MS.

“[...]Frequentemente também são realizadas reuniões, para discussão dos processos de trabalho com os profissionais da Maternidade e da AB, com foco na qualificação do pré-natal, planejamento e monitoramento das ações de boas práticas, em especial busca ativa de gestantes para consultas, exames e visita antecipada ao hospital e publicização do direito ao acompanhante”. (Hospital Municipal Quebra-Pedra)

Em Pernambuco, em um dos serviços avaliados destacou-se que a experiência dos atuais gestores com a assistência foi crucial para o sucesso da boa relação com os trabalhadores.

“No geral a relação entre trabalhadores e gestores é boa, gestores são servidores públicos e exerceram a função de trabalhadores da assistência durante muitos anos”. (Hospital Regional Cipó-Chumbo)

Ainda no Pernambuco, em um serviço, houve relato de que avaliação prévia do MS motivou melhoria de indicadores, reforçando, mais uma vez, a importância de *feedbacks* em avaliações desta natureza para guiar melhorias na organização dos serviços.

“Observou-se através das entrevistas que o hospital possui o compromisso com a realização dos colegiados das unidades e que os representantes dos mesmos reportam as suas necessidades ao colegiado gestor. Foi relatado na entrevista com gestores sobre a visita de avaliação anterior (2015), em que a maternidade ficou com vários pontos baixos. A partir de então, procurou melhorar seus indicadores”. (Hospital Tabôa).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a atenção à saúde durante a gestação e parto permanecem como um grande desafio para a assistência no que se refere à qualidade e aos princípios filosóficos do cuidado preconizados nas estratégias desenvolvidas ao longo das últimas décadas, muitas vezes mantendo um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático, conforme observado.

Foi possível perceber a persistência das dificuldades na incorporação de protocolos de boas práticas nas rotinas dos serviços. Foram observadas excessivas intervenções nos partos, sobretudo aqueles de gestações de alto risco e realizados em hospitais escola, apontando para a manutenção de um modelo de atenção que se apropria e banaliza os corpos femininos no momento do nascimento, roubando o protagonismo e capacidade de autodeterminação das mulheres.

Além das intervenções obstétricas desnecessárias, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cotidiana e cruel e revela uma grave violação dos direitos humanos.

Violações aos direitos, tais como à privacidade, acesso aos métodos para controle da dor, acompanhante em todos os momentos do trabalho de parto, contato pele a pele na primeira hora de vida, continuam ocorrendo.

Um fator recorrente entre as gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem contestação.

Questões estruturais permanecem se mostrando um obstáculo à efetivação das boas práticas, muitas vezes porque interferem no processo de trabalho das equipes. Houve reconhecimento das gestões da importância de edificações com estruturas prediais que facilitam o parto normal humanizado. Assim como, a estruturação da rede de cuidados perinatais e a articulação com a AB que são cruciais para o sucesso da vinculação das gestantes aos locais de atendimento, proporcionando acolhimento e classificação de risco.

Frequentemente houve relatos de que a aproximação das secretarias municipais, estaduais e do MS às maternidades, à exemplo do que ocorreu durante a avaliação que originou

este estudo, provocam mudanças positivas nas rotinas, sinalizando a importância dos apoios oferecidos a estas instituições.

Para implementação efetiva das boas práticas de atenção ao parto e nascimentos faz-se necessário maior apoio técnico, operacional, logístico e estrutural às maternidades, possibilitando a criação de novas formas de fazer.

REFERÊNCIAS

- 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 Saude Publica**. v.29, n.11, p.2287–96, 2013.
- ANDRADE, M.; LIMA, J. **O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos Humaniza SUS). vol.4. 2014 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
- ANDRADE, M.A.C.; FERREIRA, P.B. Apoio Institucional: **Tecnologia Inovadora para Fortalecer a Rede Perinatal a partir do Dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos Humaniza SUS). vol.4. 2014 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
- ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, vol. 27, n.6, p.1053-64, 2011.
- ARONE, E.M.; CUNHA, I.C.K.O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 1-8, 2007.
- BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 9, sup. 1, p.157-73, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna [Internet]. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf >
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PNDS 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília; Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único e Saúde – SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 26 jun 2011; Seção1: 109-111.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas [versão eletrônica]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 256 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** [Internet]. Brasília; 2006 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11.108 de 07 de abril de 2005**. [Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato]. (2005). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

CAMPOS, G. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M.F.; SAYD, J.D.; et al. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, n.11, p.563-9, 2010.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**. v.359, n.9318, p.1681–5, 2002.

DIAS, M.A.B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C.S.G.; NIY, D.Y.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.C.A. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.20, n.56, p.:253-9, 2016.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n.1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J Hum Growth Dev**. v.25, n.3, p.377–82, 2015.

DODOU, H.D.; SOUSA, A.A.S.; BARBOSA, E.M.G. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 332-338, 2017.

DOMINGUES, R.M.; HARTZ, Z.M.; DIAS, M.A.; et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.28, n.3, p.425-37, 2012.

DUTRA, I.L.; MEYER, D.E. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p.215-222, 2007.

GARCÍA, D.; DÍAZ, Z.; ACOSTA, M. El nacimiento em Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, v.39, n.4, p. 718-732, 2013.

GOMES, A.M.A; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: Experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde e Soc**. v.17, n.1, p.61–72, 2008.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. 30, Suppl:S17-47, 2014.

MAIA, MB. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil**. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MAIA, V.K.V.; LIMA, E.F.A.; LEITE, F.M.C. et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Rev Fun Care Online**. v. 9, n.4, p.1055-1060, 2017.

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H. RANGEL, T.S.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Context Enferm**. v.21, n.2, p.329, 2012.

MARSILLAC, J.P.I.; FINCATO, D.P. **Meio Ambiente do Trabalho Saudável como Direito Fundamental**. In: Anais do XI Salão de Iniciação Científica PUCRS; 2010; Porto Alegre. Porto Alegre: PUCRS; 2010. p. 2242-46.

MARTINS, C.P.; NICOLOTTI, C.A.; VASCONCELOS, M.F. et al. Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos Humaniza SUS). vol.4. 2014 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. v.22, n.7, p.1483–91, 2006.

MENEZES, D.C.S.; COSTA LEITE, I.; SCHRAMM, J.M.A. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad Saúde Pública**. v.22, n.3, 553–9, 2006.

MEYER. D. E. et al. Você aprende, a gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MUNIZ, B. BARBOSA, R. (2012). **Problematizando o atendimento ao parto**: cuidado ou violência? [Resumo]. In: Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saude Publica** [Internet]. v.24, n.8, p.1859–68, 2008.

NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde 2014-2017** [Internet]. 2014 [Citado em 08 out 2018]; Disponível em: <http://docplayer.com.br/5523174-Diretrizes-objetivos-e-metas-do-plano-municipal-de-saude-2014-2017.html>

OLIVEIRA, D.L.L.C.; ZOCHE, D.A.A.; BONILHA, A.L.L.; et al. **Atenção Materna e Infantil e Marcadores Socioculturais**. . In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos Humaniza SUS). vol.4. 2014 [Citado em 08 out 2018]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Tendências em mortalidade materna: 1990 a 2010**, estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2012. p. 59.

OMS. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva**; 2018. p. 200.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet** 2011; publicado online em 9 de maio. Supp. S0140- 6736, n.11, p. 60054-8, 2011.

PARADA, C.M. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v.8, n.1, p.113-24, 2008.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PERNAMBUCO (Estado), Secretaria Estadual de Saúde. **Manual de ações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**- o passo a passo da vigilância ao óbito materno. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2011.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. 2010;v.44, n.3, p.657-64, 2010.

REDE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

RODRIGUES, A.M.S.; DUARTE, M.S.M.; FLACH, D.M.A.M. et al. O impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem. **R de Pesq: cuidado é fundamental** Online. v.4, n.4, p. 2867-2873, 2012.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E.B.; GOMES, R.S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-614, 2009.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v. 4, n. 3, p.269-79, 2004.

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA. **Saúde Materna e Neonatal**. United Nations Children's Fund (UNICEF) New York, 2009.

SOUZA, G.; GAÍVA, M.; MODES, A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.3, p.479-86, 2011.

TESSER, C.D. KNOBEL, R.; AGUIAR ANDREZZO, H.F. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família e Comunidade**. v.10, n.35, p.1-12, 2015.

TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.B.; Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Cien Saude Colet**. 2011;v.16, n.3, p.1969-80, 2011.

VASCONCELOS, M.F.F.; NICOLOTTI, C.A.; SILVA, J.F. et al. In-between policies (CEH - Continuing Education in Health and NHP - Humanization National Policy): towards a way to educate in/for the Brazilian National Health System (SUS). **Interface** (Botucatu). v. 20, n.59, p.981-91, 2016.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. Perseu Abramo; 2013.

VICTORA, C.G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**.2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

VICTORA, C.G.; BARRETO, M.L.; CARMO, L.M. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, publicado online em 9 de maio. Supp. S0140-6736, n.11, p. 60055-X, 2011.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo **Med J**. v.119, n.1, p.33-42, 2001.

APÊNDICE A – DIÁRIO DE CAMPO



DIÁRIO DE BORDO DOS AVALIADORES

1. Nome completo dos avaliadores:
2. UF:
3. MUNICÍPIO:
4. Nome da MATERNIDADE:
5. CNES:
6. Houve alteração no CNES da Maternidade? () Sim () Não
7. Se sim, anote o novo CNES:

Número de instrumentos/módulos realizadas na Maternidade:

Instrumentos/ Módulos	Nº de avaliações	Nome do avaliador	Observação
8. Roteiro de Observação			
9. Contagem de Leitos			
10. Análise Documental			
11. Análise de Prontuário			
12. Entrevista com Puérpera			
13. Entrevista com Trabalhador			
14. Entrevista com Gestor			

15. Houve Puérpera entrevistada fora da Maternidade ou fora do intervalo de dias? Quais?
16. Se houve algum tipo de perda na aplicação dos instrumentos da pesquisa, referir aqui o que aconteceu
17. Teve alguma dificuldade para aplicar algum instrumento?
() Sim () Não
18. Se sim, especifique as dificuldades, citando qual instrumento e qual(is) questão(ões):
19. Você precisou preencher algum módulo em papel?
() Sim () Não
20. Se sim, quais foram os módulos?
21. Você conseguiu enviar todos os instrumentos pela internet?
() Sim () Não
22. Se não, quais foram os módulos?
23. Você teve algum problema com:
() Não tive problemas

- () Permissão para realizar o seu trabalho na Maternidade
- () Relacionamento com equipe da Maternidade
- () Relacionamento com Secretaria Municipal de Saúde
- () Disponibilidade das puérperas para serem entrevistadas
- () Conversar ou solicitar ajuda de seu supervisor de referência
- () Alimentação
- () Transporte
- () Hospedagem
- () Segurança
- () acesso para chegar até a Maternidade.
- () comunicação por celular
- () acesso a internet
- () Outros. Cite: _____

24. Se houve algum problema, foi solucionado? Como?

25. De maneira geral, como você avalia a relação entre gestores e trabalhadores deste serviço?
Considere os seguintes pontos:

- a) compromisso da gestão com a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento;
- b) tomada do processo de decisão em espaços coletivos (gestão colegiada);
- c) comunicação entre gestores e trabalhadores.

26. Na sua percepção, como está o processo de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento na maternidade, considerando:

- a) incorporação dos protocolos e indicadores no cotidiano do serviço;
- b) grau de atenção e cuidado com as mulheres e bebês.

27. Quais são as suas impressões a respeito da:

- a) informação e acolhimento às mulheres/famílias
- b) relação entre a comunidade e a maternidade

28. Anexe abaixo foto(s) da **FACHADA DA MATERNIDADE** e, sempre que possível, também da **AMBIENCIA** (após solicitar autorização na Maternidade. Não incluir pessoas nas fotos).

APÊNDICE B - MATRIZES PARA AVALIAÇÃO DAS MATERNIDADES

25 A - Compromisso da gestão com a mudança de modelo de atenção ao parto.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Gestor comprometido com a implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	Há atrasos na implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	Não parece haver compromisso da gestão com a humanização do parto e nascimento.

25 B - Tomada do processo de decisão em espaços coletivos (gestão colegiada).				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Há espaços para discussão do processo de trabalho e tomada de decisões.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	Espaços de gestão colegiada funcionam de maneira parcial ou inconstante, não estando abertos ao amplo e inclusivo diálogo.	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	Não há espaços para discussão do processo de trabalho e tomada de decisões. A relação é vertical e não aberta ao diálogo.

25 C - Comunicação entre gestores e trabalhadores.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Há comunicação entre gestores e trabalhadores, com espaço para que estes coloquem assuntos em discussão, muitas vezes relacionadas à rotina do serviço.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	Gestão pouco aberta ao diálogo. São poucos e restritos os meios para que haja comunicação.	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	A comunicação entre gestão e trabalhadores é insuficiente.

26 A - Incorporação dos protocolos e indicadores no cotidiano do serviço.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Maternidade utiliza protocolos adequados à sua realidade na rotina do serviço, registra e monitora os indicadores	Condição intermediária entre adequado e em construção.	Existem protocolos e a Maternidade os utiliza, mas há falhas no processo. Não há acompanhamento pleno dos indicadores	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	Não há incorporação de protocolos de boas práticas. O acompanhamento dos indicadores é insuficiente

26 B – Atenção e cuidado com as mulheres e bebês.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Maternidade dispensa atenção e cuidados adequados às mulheres e bebês, preservando as particularidades de cada caso e aplicando boas práticas.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	Maternidade não consegue dispensar atenção e cuidados plenos às mulheres e bebês ou não o faz de maneira uniforme, havendo falhas no processo	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	O cuidado e atenção dispensado às mulheres e bebês é insuficiente.

27 A – Informação e acolhimento às mulheres/famílias.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
Maternidade garante informação e acolhimento às mulheres e famílias de forma plena.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	As informações e acolhimento ofertados às mulheres e famílias não são plenos, havendo falhas no processo.	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	As mulheres e famílias não são acolhidas ou recebem informações.

27 B – Relação entre a comunidade e a Maternidade.				
Adequado	Parcialmente adequado	Em construção	Parcialmente em construção	Inadequado
A relação entre a comunidade e a maternidade é forte.	Condição intermediária entre adequado e em construção.	A relação entre a comunidade e a maternidade é harmoniosa, restringindo-se, entretanto, ao atendimento obstétrico.	Condição intermediária entre em construção e inadequado.	A relação entre a comunidade e a maternidade está fragilizada.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA AVALIATIVA DA GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA REDE SUS DO BRASIL

Pesquisador: ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56389713.5.3001.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISA CLINICA

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.931

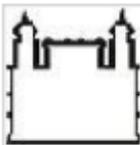
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Ministério da Saúde, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública, cuja coordenadora regional na ENSP é a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

"O objeto do trabalho é a avaliação do grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPES.

O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiente; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizem 500 ou mais partos por ano, distribuídas por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e os demais 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão.*

O projeto tem financiamento do MS no valor de R\$1.800.000,00. A coleta de dados inicia em janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente:

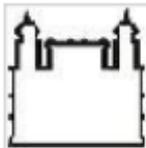
Objetivo Primário:

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, garantindo acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

"Por se tratar de pesquisa utilizando apenas as técnicas de entrevista, análise documental e observação in loco, não haverá riscos biológicos para os participantes. Potenciais riscos decorrentes de relações de poder serão minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados serão garantidos. Não haverá penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões, nem tampouco aos trabalhadores ou gestores do estabelecimento. O único possível dano seria o constrangimento, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Portanto, não haverá penalidades ou prejuízos devido à participação nesta pesquisa.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste projeto, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e nascimentos nas maternidades públicas do país, vinculadas ao SUS. Esses dados serão processados e serão expedidos relatórios com análise das diversas situações observadas. Estes dados e relatórios serão discutidos com gestores das diferentes instâncias do SUS, com o propósito de direcionar a implementação de ações. Ademais, serão gerados trabalhos científicos que poderão contribuir para uma discussão mais ampla do tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

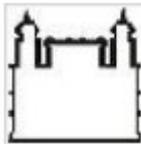
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

- Termo de anuência da instituição Coparticipante.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado ética e metodologicamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.***

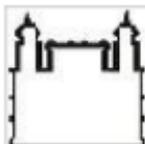
* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo			
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2016 17:01:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	01/08/2016 20:47:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENT E.docx	01/08/2016 20:46:25	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.pdf	01/08/2016 20:42:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.doc	01/08/2016 20:42:06	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_01_08_2016.docx	01/08/2016 20:41:33	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	16/05/2016 11:38:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.pdf	16/05/2016 11:36:37	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.doc	16/05/2016 11:35:46	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	15/04/2016 19:02:36		Aceito
Outros	7_Liberacao_local.pdf	15/04/2016 19:01:44	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_25_02_2016.docx	15/04/2016 18:57:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rosto_assinada.pdf	15/04/2016 18:52:31	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	04/12/2013 22:17:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2013 01:49:52		Aceito

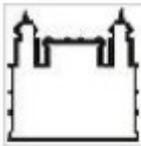
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br