



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM MATERNIDADES: ANÁLISE EM  
UMA MATERNIDADE DE CUIABÁ/MT**

**NOÍSE PINA MACIEL**

Salvador  
2013

**NOÍSE PINA MACIEL**

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM MATERNIDADES: ANÁLISE EM  
UMA MATERNIDADE DE CUIABÁ/MT**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréia Cristina  
Leal Figueiredo.**

**SALVADOR**

**2013**

**NOÍSE PINA MACIEL**

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM MATERNIDADES: ANÁLISE EM  
UMA MATERNIDADE DE CUIABÁ/MT**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Sonia Cristina Lima Chaves  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UFBA

---

Profª Drª Sandra Coenga de Souza – Examinador Externo  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO/UFMT

---

Profª Drª Andreia Cristina Leal Figueiredo (Orientadora)  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA/UFBA

Salvador

2013

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida e pelas oportunidades que me proporciona;

Aos meus queridos pais, Alexandre Antunes Maciel (*in memoriam*) e Elzira Pina Maciel (*in memoriam*), Pela oportunidade que sempre me deram de estudar e de lutar constantemente pelo meu sucesso.

Agradeço especialmente aos meus queridos irmãos, Célia, Daniel, Sidney, Nereide, Alcides e Everaldo e a minha filha Natália, pelo apoio, colaboração constante e carinho.

Aos meus amigos e colegas da Escola de Saúde Pública pelo apoio e incentivo;

Aos colegas do Mestrado, pelos bons momentos de convivência em sala de aula;

À Professora Dr<sup>a</sup> Andreia Cristina Leal Figueiredo pela orientação, apoio e paciência com meus limites e incentivo para superá-los.

À direção e aos profissionais da maternidade estudada, pelo companheirismo com que me receberam, e disposição para o diálogo.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo, meu muito obrigado!

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de atendimento da gestante na maternidade .....	36
Figura 2 – Fatores do Contexto .....	38
Figura 3 – Explicação do problema .....	39
Figura 4 – Modelo Lógico do Plano de Qualificação das Maternidades / Cuiabá. ....	40
Figura 5 - Dimensão e Variáveis Avaliativas do Plano de Qualificação das Maternidades ..	44

## **LISTA TABELAS**

Tabela 1 - Causas de Mortalidade Materna - Hospital Santa Helena de 2009 a 2012 .....	35
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Linha do tempo de intervenções, leis e programas de saúde voltados para a atenção ao período da gestação, parto e nascimento .....	17
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS - Ministério da Saúde

NV.- Nascidos Vivos

PQM - Plano de Qualificação das Maternidades

ODM - Objetivos do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan- Americana de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RMM - Razão de Mortalidade Materna

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

HSH.- Hospital Santa Helena

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SIM. - Sistema de Informação sobre Mortalidade

WHO - World Health Organization

SVS - Secretária de Vigilância em Saúde

COTINF - Coordenadoria de tecnologia e Informação

SESMT - Secretaria do Estado de Saúde de Mato

PNH - Política Nacional de Humanização

MN - Mortalidade Neonatal

RN - Recém Nascido

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 MARCO REFERENCIAL</b> .....	<b>12</b>
2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS / AVALIABILIDADE .....	12
2.2 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL .....	15
2.3 POLÍTICAS PENSADAS PARA RESOLUÇÃO DESSES PROBLEMAS .....	17
2.4 HUMANIZAÇÃO DO PARTO .....	18
2.5 OS DESAFIOS PARA QUALIFICAR AS MATERNIDADES .....	20
2.6 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO .....	22
2.7 DIRETRIZES DO PLANO PARA QUALIFICAR AS MATERNIDADES .....	23
2.7.1 Vinculação da gestante com a Maternidade .....	23
2.7.2 Acolhimento/Acolhimento com Classificação de Risco .....	24
2.7.3 Direito à Acompanhante .....	25
2.7.4 Cogestão .....	26
<b>3. ARTIGO I - AVALIABILIDADE DO PLANO DE QUALIFICAÇÃO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA</b> .....	<b>27</b>
3.1 INTRODUÇÃO .....	30
3.2 MÉTODO .....	32
3.3 RESULTADOS .....	35
3.3.1 Fluxograma e trajetória de acesso à Maternidade .....	36
3.3.2 Ambiência .....	37
3.3.3 Modelo Lógico do Plano .....	37
3.3.4 Dificuldades e Obstáculos para Operacionalização do Plano .....	42
3.3.5 Aspectos Para Futuras Avaliações .....	42
3.3.6 Recomendações Para o Plano de Qualificação da Maternidade .....	43
3.4 DISCUSSÃO .....	45
<b>3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>48</b>
<b>3.5. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>4. ARTIGO II ANÁLISE DAS DIRETRIZES PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE CUIABÁ/MT</b> .....	<b>56</b>
4.1 INTRODUÇÃO .....	59
4.2 MÉTODO .....	60
4.3 RESULTADOS .....	62

4.3.1 Vinculação da Gestante Unidade de Referencia.....	62
4.3.2 Acolhimento com Classificação de Risco .....	63
4.3.3 Direito ao Acompanhante no Pré Parto, Parto e Pós Parto.....	64
4.3.4 Cogestão .....	65
4.3.5 Boas Práticas ao Parto e Nascimento .....	66
<b>4.4 DISCUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>4.6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APENDICE .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada foi elaborada sob a forma de dois artigos que se complementam e tem como objetivo comum contribuir para o melhor compreensão do Plano de Qualificação das Maternidades, sendo este estratégico para mudança da atenção ao parto e nascimento, ao possibilitar a adoção de práticas humanizadas ao parto e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna e neonatal. Espera-se com isso que os resultados aqui apontados sirvam de reflexão para mudanças, no sentido do seu aperfeiçoamento e também como referência para implantação nas demais maternidades do Brasil através da rede cegonha.

A primeira parte da dissertação apresenta o marco referencial trazendo aspectos referentes à Avaliação de Programas/Avaliabilidade; Informações sobre Mortalidade Materna e Infantil; Políticas pensadas para resolução desses problemas de humanização do parto; Desafios para qualificar as maternidades; boas práticas de atenção ao parto e nascimento e Diretrizes do Plano de qualificação das Maternidades. A segunda parte traz o primeiro artigo que apresenta uma pré-avaliação do Plano de Qualificação das Maternidades, identificando seus objetivos e resultados esperados, através da elaboração do modelo lógico, bem como propostas de ajustes, contribuindo dessa forma, para seu aprimoramento e consolidação com vistas a posteriores avaliações.

O segundo artigo traz a análise das Diretrizes Para Qualificação das Maternidades em uma Maternidade de Cuiabá/MT através de suas diretrizes: vinculação da gestante à maternidade; o acolhimento com classificação de risco da gestante, da puérpera e do recém-nascido, garantia de acompanhante para a mulher durante a internação desde o pré-parto, parto e pós-parto e do recém nascido, cogestão e boas práticas no parto e nascimento.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS/AVALIABILIDADE

No Brasil, nos últimos anos, vem crescendo na saúde o campo da avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral, principalmente pelos gestores do setor público, por se constituir em instrumento necessário para planejamento, aprimoramento e tomada de decisões das políticas e serviços de saúde (NOVAES, 2000).

Para Contrandriopoulos (2006):

Avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionar e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Estudos têm indicado que existe uma lacuna na avaliação dos programas materno-infantis no Brasil no que diz respeito à avaliação do papel da rede de atenção integral a este ciclo da vida para o alcance de bons resultados para a mulher e a criança no momento do nascimento (ALVES, 2000; COSTA et al., 2004; LEAL et al., 2004; LANSKY et al., 2007).

Apesar do Ministério da Saúde ter desenvolvido ações e projetos no sentido de qualificação da rede assistencial (atenção primária e hospitalar) para a gestante e recém-nascido, não foi ainda instituído um processo de avaliação sistemática que inclua estrutura, processos e impactos sobre os indicadores de morbi-mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Sabe-se que a avaliação é fundamental para verificar a efetividade das ações, sendo uma ferramenta importante de gestão (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação de um programa tem como foco verificar sua efetividade, e adotar estratégias que possam contribuir para melhorar seu desempenho. Segundo Vieira da Silva (2007), antes de realizar uma avaliação é importante verificar se o programa é avaliável, tornando-se imprescindível o estudo da avaliabilidade.

Avaliabilidade é uma pré-avaliação realizada para identificar se um programa é bem concebido e consistentemente implementado, de forma que possa se submeter a uma avaliação sistemática (VIEIRA DA SILVA et.al., 2005a). Ferreira Lima (2004) conceitua avaliabilidade como o exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se há justificativa para uma avaliação extensa e (ou) para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação. A avaliabilidade de um programa vai determinar o quão avaliável é o programa naquele momento, ajudando a determinar os propósitos e o foco avaliativo, permitindo um entendimento aprofundado sobre o programa e apreciação prévia acerca das possibilidades de avaliação (NATAL, 2007).

Grahan e Haltfield (2003) propõem as sete etapas abaixo para realização da análise de avaliabilidade:

- a) delimitar o programa identificando os objetivos, metas e as atividades que fazem parte do programa;
- b) analisar os documentos do programa;
- c) elaborar o Modelo lógico do programa, contemplando as entradas, atividades pretendidas do programa, impactos pretendidos e suas ligações causais;
- d) observar a operação do programa;
- e) desenvolver um modelo de avaliação do programa;
- f) identificar usuários da avaliação e outros informantes chaves;
- g) realizar acordo para prosseguir a avaliação.

Vieira da Silva et. al., (2005b) também recomendam fazer análise exploratória de questões como: verificar objetivos do programa; verificar a implantação que não foi feita conforme o previsto no plano e que não há ainda tempo técnico para que os resultados esperados possam ter sido produzidos; analisar concepções distintas acerca dos objetivos do programa, assim como sobre os aspectos mais frágeis que requerem avaliação, e os possíveis usos dos resultados obtidos pelos diversos gestores e profissionais responsáveis pela implementação do programa.

O desenvolvimento do Modelo Lógico do programa é entendido como uma das etapas fundamentais no processo de realização da análise de avaliabilidade. O desenvolvimento dá-se por meio de uma teoria do programa que busca identificar recursos, atividades e possíveis resultados desejados com o programa, e a especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos. A análise com base na teoria do programa procura avaliar em que medida as atividades desencadeadas por ele provocam um conjunto específico de respostas

para seus atores e beneficiários, permitindo comparar os estágios de formulação e implantação (OLIVEIRA et al., 2010).

Estudiosos sobre avaliação (HARTZ, 2005; VIEIRA DA SILVA et al., 2004; MEDINA et al., 2005) destacam que avaliação é importante para a análise da teoria do programa, buscando a identificação de deficiências que poderão interferir no seu desempenho. Aferir a qualidade da teoria significa, em síntese, verificar se o programa está bem desenhado e se apresenta um plano plausível para o alcance dos resultados esperados, sendo necessário articular explicitamente a descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado (CASSIOLATO et al., 2010)

Medina e col. (2005a) apontam a importância do modelo teórico no processo de avaliação, visto que esta só deveria ser realizada naqueles programas que tivessem a teoria, medidas ou indicadores correspondentes bem definidos. Em muitos casos a teoria não é explicitada de forma detalhada nos documentos oficiais de intervenções governamentais, o que dificulta uma análise adequada das propostas de programas (MEDINA e col. 2005b).

Para Bunge (2008) o modelo teórico pode ser descrito como o auxílio de diagrama que possui o potencial de conter mais informações e ser mais intuitivo que uma descrição verbal ou mesmo uma tabela de números. A formação de cada modelo começa por simplificações, mas a sucessão histórica dos modelos é um processo de complexidade necessário para o entendimento da realidade. Isto se deve ao fato de que, quanto mais se exige fidelidade do real, mais será preciso tornar complexo o modelo teórico (BUNGE, 2008).

A Fundação W. Kellogg, no seu Guia de Desenvolvimento de Modelos Lógicos (2004) descreve que a construção do modelo lógico é uma proposta para organizar as ações e componentes de um programa, de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção. Considera um instrumento para explicitar a teoria do programa, sendo que a aplicação do modelo lógico resulta em processo que facilita o planejamento e comunicação do que se pretende com o programa e qual o seu funcionamento esperado.

Considerando que em muitas situações os programas se desenvolvem seguindo geralmente diretrizes ou normatizações de documentos oficiais em que a teoria pode não estar explicitada, o modelo lógico cumpre o importante papel de explicitar a teoria do programa. O

reconhecimento dessa teoria tem sido um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação (BRASIL, 2010).

Para Wholey, (1987) há muitas vantagens na construção do modelo lógico tais como:

- a) Contribuir para melhoria do programa através de identificação de projetos que são fundamentais para alcance da meta;
- b) Esclarecer a posição do programa na hierarquia da organização;
- c) Construir um entendimento comum do programa que é importante para partilhas das ideias, identificação dos pressupostos e para a comunicação.

## 2.2 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015. Segundo a ONU, a mortalidade materna diminuiu menos de 1% ao ano até 2005, abaixo dos 5,5% anuais necessários para atingir a meta.

No Brasil a mortalidade materna e neonatal tem se configurado com taxas acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera aceitável a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de até 20/100.000 nascidos vivo (N.V). De acordo com os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, a Razão de Mortalidade Materna no Brasil foi estimada em 67 óbitos/100.000 Nascidos Vivos no ano de 2010 (SIM/SVS/MS).

Para o enfrentamento da mortalidade materna, varias estratégias tem sido utilizadas, como a ampliação da estratégia da saúde da família, aumentando o acesso ao pré natal. Desde 1996, 90% das gestantes no Brasil têm acesso à atenção pré-natal, sendo que mais de 50% delas fazem mais de sete consultas. Além disso, quase a totalidade dos partos (97%) ocorre em hospitais (MS, 2008).

Outra importante estratégia utilizada para reduzir a mortalidade materna foi a criação de "comitês de óbitos maternos" que, visam melhorar a qualidade da notificação dos óbitos, conhecerem suas causas e monitorar sua ocorrência. Segundo o MS (2005), o Brasil já dispõe de quase trezentos comitês regionais, municipais e hospitalares de óbitos maternos, presentes em todas as regiões.

Apesar desses avanços na atenção básica, hospitalar, a qualificação do sistema de informação e com a presença expressiva de comitês de óbitos maternos não houve melhoria

da razão de mortalidade materna e as ações têm se mostrado menos efetivas do que o desejado (LANSY, 2009). As principais causas vigentes de morte continuam sendo as hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de atenção qualificada ao pré-natal e ao parto (LEAL, 2008).

Segundo o MS (2009) a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas indicam configuração da violação dos direitos da mulher, um problema grave de saúde pública, que atinge desigualmente as regiões do País, ocorrendo com maior frequência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Diniz (2005) argumenta que o atendimento dispensado à maioria das mulheres brasileiras, por ocasião do parto, pode ser visto como um tratamento humilhante, ao lado do abuso de intervenções cirúrgicas, da falta de acesso aos leitos e da desinformação, motivo pelo qual sugere enquadrá-lo como desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e, também, como forma de violação dos direitos humanos.

Já a mortalidade infantil (MI) ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (LANSKY, 2009a).

A prematuridade é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil, seguida pelas infecções, malformações e asfíxia/hipóxia e indicam problemas na assistência relacionados ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto, e ao recém-nascido (LANSKY, 2009b).

O fato de a mortalidade neonatal se tornar o principal componente da mortalidade infantil no Brasil aproxima o país do perfil de países desenvolvidos, nos quais o índice de mortalidade neonatal é elevado. Entretanto, a magnitude da mortalidade neonatal (MN) no Brasil é alta (14,2/1000 nascidos vivos em 2005), se comparada com outros países como os EUA (4,6/1000 nascidos vivos em 2004) e o Chile (5,6/1000 nascidos vivos em 2000) (WHO, 2006).

No Brasil observam-se grandes diferenças regionais, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2008 no Nordeste a taxa era de 20,7/1000 nascidos vivos e no Sul 9,4/1000 nascidos vivos (RIPSA, 2008a). A desigualdade econômica e social brasileira se reflete no

diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao RN, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda (LANSKY et al, 2009c).

A velocidade de queda das taxas de mortalidade neonatal no Brasil tem sido lenta levando em consideração a disponibilidade de conhecimento, recursos tecnológicos, desenvolvimento econômico e oferta de serviços no país (VICTORA; BARROS, 2001; GONZALES et al., 2006; RIPSA, 2008b). Em relação à mortalidade infantil, o Brasil se propôs a reduzir em dois terços até cinco anos de idade, o que significa reduzir para menos de 14,9 por mil nascidos vivos, até 2015 (BRASIL, 2006).

### 2.3 POLÍTICAS PENSADAS PARA RESOLUÇÃO DESSES PROBLEMAS

Segundo Santos Neto et.al; (2008) ao longo das últimas décadas no cenário brasileiro, vem aumentando a preocupação com a saúde materna infantil, principalmente pela pressão do movimento feminista brasileiro que contribuiu, significativamente, na construção do novo modelo político, e culminou nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil, com propostas de várias intervenções, leis e programas de saúde voltados para a atenção ao período da gestação, parto e nascimento (vide quadro histórico e a lista de conjunto de ações realizadas pelo MS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 80.

ANO	Intervenção/Leis/Programas
<b>1984</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
<b>1996</b>	Projeto Maternidade Segura
<b>1998</b>	Programa Gestante de Alto Risco
<b>2000</b>	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
<b>2001</b>	Manual Parto, Aborto e Puerpério / Assistência Humanizada à Mulher,
<b>2004</b>	Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança/ Pacto RMI
<b>2005</b>	Federal nº 11.108 que estabelece às mulheres o direito a ter um acompanhante
<b>2006</b>	Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto pela vida
<b>2007</b>	Lei nº. 11.634, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade.
<b>2008</b>	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal
<b>2011</b>	Portaria Nº 1.459 Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS

Quadro 1- Linha do tempo de intervenções, leis e programas de saúde voltados para a atenção ao período da gestação, parto e nascimento.

Fonte: Elaborado pelo autor

## 2.4 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O termo humanização tem diferentes sentidos, percepções e significados. Ele vem se incorporando nas políticas de saúde, em várias áreas de conhecimento e práticas de intervenção, principalmente em programas de humanização de hospitais, na assistência ao recém-nascido, favorecendo o contato físico e emocional dos pais com os bebês, nos cuidados aos pacientes terminais e na humanização do parto. O termo humanização também possui um conteúdo importante de questionamento sobre as práticas de saúde excessivamente intervencionistas, julgadas muitas vezes práticas desumanizadoras, ao desconsiderarem as condições fisiológicas da vida e a importância do apoio emocional na atenção em saúde, especialmente na atenção ao parto (MACHADO, 2002).

*Appropriate Technology for Birth* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985a) também conhecido como "Carta de Fortaleza", foi o primeiro "manifesto" internacional desta corrente e foi um marco para humanização do parto e nascimento, pois teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomendava modificações de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias e geradoras de riscos, excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas.

A proposta da WHO (1985b) não era eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria usando de forma exacerbada práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê. O conjunto de medidas tidas, como humanizadas busca desestimular o parto medicalizado, visto como artificial e violento, e visa incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (WHO, 1985c).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários estados e trabalhos importantes realizados por profissionais e pesquisadores (DINIZ, 2005). Esse movimento culminou com a criação de carta de Campinas que originou em 1993, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que

atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A carta de Campinas teve como objetivos:

- a) mostrar os riscos provocados à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- b) resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
- c) revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas diante do parto e nascimento;
- d) incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- e) aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (REHUMA, 1993).

Desde 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias, fortalecer a relação da mãe com seu bebê, propondo principalmente modificações no modelo de assistência ao parto (BRASIL, 2000).

A humanização da assistência ao parto envolve principalmente que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (DIAS, 2005).

Parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal e também deve expressar atenção à individualidade da mulher, considerando seus padrões culturais, sentimentos, suas crenças, práticas e seus valores. (REIS et.al., 2005). A assistência humanizada demonstra interesse e compromisso com o outro e requer a conscientização dos possíveis dilemas éticos presentes nessa relação. Na proposta de relação humanizada, as informações a serem transmitidas aos pacientes e deles recebidas são fundamentais (BASIL et.al., 2004). Para Cechin (2002) humanizar significa acolher a parturiente, respeitar sua individualidade de fêmea, oferecer ambiente seguro, ensinar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária.

Diniz (2005) descreve os vários sentidos de humanização:

- a) Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição;
- b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças, e famílias na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro;
- c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Este sentido se torna ainda mais importante à medida em que se aumenta as evidências que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal.
- d) Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetrix – legitimado pelo pagamento desses procedimentos pelo Ministério da Saúde;
- e) Humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem;
- f) Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto.

A Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua humanização como valorização dos diferentes sujeitos envolvida no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: autonomia e o protagonismo desses sujeitos, corresponsabilidades entre eles, estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudança no modelo de atenção e, portanto no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades do cidadão e a produção de saúde (BRASIL, 2004). Para que a humanização aconteça o MS preconiza um processo que inclua desde a adequação das estruturas físicas equipamentos dos hospitais até uma mudança de atitude e postura dos profissionais de saúde e das gestantes (BRASIL 2008).

## 2.5 OS DESAFIOS PARA QUALIFICAR AS MATERNIDADES

Segundo o Ministério da Saúde em sua publicação de Relatório Anual (2009/2010), vários são os desafios que se apresentam para o alcance de patamares mais dignos de saúde e redução dos índices de mortalidade materna e infantil. Como enfrentamento desse desafio

considera fundamental a introdução de mudanças na assistência às grávidas, puérperas e recém-nascidos, na direção do cuidado humanizado. Neste sentido, iniciativas vêm sendo adotadas como importante fator de proteção para morte materna, perinatal e infantil. São elas:

a) Ampliar o acesso e qualificar a assistência pré-natal, garantir o acolhimento imediato da gestante e o início oportuno do atendimento (no primeiro trimestre de gestação) e continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto, utilização de protocolos, garantia de acesso aos exames e medicamentos preconizados e imunização, ações de educação em saúde (preparo para o parto com incentivo ao parto normal, aleitamento materno, entre outros), além do referenciamento e garantia de acesso à maternidade, se necessário utilizando transporte responsável;

b) A regulação da assistência no parto e nascimento pelo gestor de saúde, particularmente do cuidado hospitalar, é ainda uma lacuna e se apresenta como um grande potencial para a redução mais rápida da mortalidade neonatal, fetal e materna no país;

c) Garantir o acompanhamento contínuo da gestante e acolher a gestante no momento do parto, evitando sua peregrinação em busca de assistência e o recém-nascido;

d) Qualificar a assistência ao trabalho de parto, pós-parto e ao recém nascidos, principalmente nos hospitais privados conveniados ao SUS, cuja qualidade é de maneira geral questionável em termos da estrutura (recursos básicos como medicamentos e equipamentos) e da disponibilidade e preparo da equipe;

e) Ampliar a utilização de recursos eficazes e simples, como, por exemplo, o adequado acompanhamento do trabalho de parto e a utilização do partograma;

f) Qualificar o cuidado imediato nas complicações do parto/nascimento, como a reanimação e estabilização materna;

g) Garantir o direito de acompanhante para a gestante;

h) Ampliar acesso e qualificar o pré-natal e parto de alto risco, corrigindo o déficit de leitos de UTI para o RN e para a mulher, e hierarquizar a assistência;

i) Regionalizar a assistência, facilitando o acesso e o transporte adequado para a gestante e o RN;

j) Garantir a continuidade da assistência após a alta hospitalar: manter a vigilância à saúde da puérpera e do RN, com visitas domiciliares e retornos frequentes ao serviço de saúde;

l) Garantir a não separação de mãe e bebê após o nascimento, ainda frequente no setor privado, por conveniência dos profissionais e das instituições hospitalares;

m) Aumentar os índices de aleitamento materno;

n) Implementar o alojamento conjunto, o Cuidado Canguru e o direito garantido pelo Estatuto da Criança de acompanhamento contínuo, sem restrição de horário;

o) Estruturar os Comitês Hospitalares, Municipais e Estaduais de Prevenção das Mortes Materna, Fetal e Infantil. Incentivar e expandir as boas práticas e humanização da assistência ao nascimento e evitar intervenções desnecessárias: redução das cesarianas desnecessárias, evitar como rotina dos serviços a tricotomia, episiotomia, ocitocina antes do parto, restrição de mobilidade e ingestão de líquido durante o trabalho de parto;

p) Incentivar a atuação multidisciplinar na assistência ao parto com a participação da enfermagem obstétrica e promover a iniciativa doulas e a participação/controlado social.

Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho. É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes do Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia legal (MS 2008b).

## 2.6. BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

### PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;

- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e Parto;
- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

## 2.7 DIRETRIZES DO PLANO PARA QUALIFICAR AS MATERNIDADES

### 2.7.1 Vinculação da gestante com a Maternidade

A Garantia da vinculação da gestante à maternidade através da formalização da referência e contra referência da mulher durante a gestação, permitindo a continuidade do cuidado é baseada na Lei nº 11.634 de 2007 que se mostra como importante dispositivo em

garantir a mulher o acesso ao serviço de saúde e pode causar um grande impacto na mortalidade materna. O acesso dificultado torna-se fator determinante para resultado final para a criança muitas vezes até para a mãe, pois diminui chances de intervenções clínicas eficazes. O fato de gestantes de baixo e alto risco peregrinar causa um agravo significativo em suas condições aumentando as taxas de complicações perinatais, relacionadas à distância percorrida Tanaka (1995). O programa de humanização do parto (2006) trata em um dos seus componentes sobre o desenvolvimento de condições para organização e regulação da assistência obstétrica por meio de centrais de regulação de vagas e sistema de referência e contra referência.

Leal, Gama e Cunha (2005) referem em seu estudo à inexistência desse sistema de referência e ainda o não funcionamento adequado do sistema de regulação de vagas, bem como protocolos clínicos bem definidos como norteadores de encaminhamento de gestantes.

#### 2.7.2 Acolhimento/Acolhimento com Classificação de Risco

Acolhimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido nas práticas de produção de saúde na atenção básica e maternidades é viabilizado através de uma postura ética, com garantia de acesso aos serviços de saúde e à qualidade e integralidade da atenção. O acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, propiciando a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL,2009).

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, a concretização do princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/gravidade/risco ou vulnerabilidade de cada usuário. O ACCR possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (BRASIL, 2009).

### 2.7.3 Direito à acompanhante

Garantia de acompanhante para a mulher durante a internação desde o pré-parto, parto até o pós-parto é viabilizado pela Lei nº 11.105 de 2005 que garante à gestante acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e do recém-nascido. No mesmo ano, em dezembro, a Portaria nº 2418/GM regulamentou a presença de acompanhantes para mulheres na parturição nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Na literatura há diferentes concepções sobre o direito ao acompanhante, para a Organização Mundial da Saúde o acompanhante no parto humanizado é a pessoa que provê o suporte à mulher durante o processo parturitivo e de acordo com o contexto assistencial, este pode ser representado por profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, doula e mulher leiga. A Política Nacional de Humanização aponta o acompanhante como o representante da rede social da paciente que a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar. O guia prático de assistência ao parto normal para uma Maternidade Segura apresenta aspectos gerais da assistência ao parto, dentre eles o apoio durante o parto e a escolha do acompanhante como prática útil que deve ser estimulada. (OMS,1996,PNH,2008,).

Evidências científicas comprovam que o apoio à mulher, nesse momento, melhora as condições de nascimento, diminuem os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, reduz a analgesia/medicamentos para alívio da dor, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor (GREEN et al., 1998; MURRAY et al., 1996, DOMINGUES et.al., 2004). Também estudos têm mostrado que mulheres que receberam apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir manifestaram sua satisfação e reconheceram esse cuidado como importante( NAKANO,2007, LONGO et.al 2010). Segundo Martins (2010) O processo de humanização do parto e nascimento promove o envolvimento efetivo da parturiente como sujeito ativo capaz de escolhas, contribuindo para que ela tenha consciência dos seus direitos, da sua autonomia. Para o profissional que vislumbra uma atuação humanista, respeitar, entender os direitos, as necessidades e limites do ser humano são condições indispensáveis para uma assistência humanizada e de qualidade.

#### 2.7.4 Cogestão

Cogestão é um modo de organizar o processo de trabalho que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL,2007) A concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos (e intervenções), considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2008; CAMPOS, 2006, 2003, 2000).

A cartilha da Política Nacional de Humanização – SUS estabelece que para a implantação da cogestão é necessário que o colegiado gestor de uma unidade seja composto por todos os membros da equipe ou por seus representantes, tendo-se como objetivo elaborar projetos com a participação e sob a responsabilidade de todos os seus componentes. A cartilha propõe a articulação de modelos tradicionais com modos específicos de funcionamento organizacional, com vistas a garantir o aumento de poder e gestão de forma compartilhada entre os profissionais envolvidos, buscando-se superar o modelo biomédico e a fragmentação das ações de saúde (CAMPOS 2009, BRASÍLIA 2007).

O modelo de gestão que o PQM propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

### **3. ARTIGO 1**

**AVALIABILIDADE DO PLANO DE QUALIFICAÇÃO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

## RESUMO

A mortalidade materna e infantil continua sendo um sério problema de saúde no país. O Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) foi lançado em 2008 com o objetivo de qualificar o cuidado no parto e nascimento com implementação de estratégias de humanização da atenção obstétrica e neonatal. Este trabalho tem como objetivo realizar uma pré-avaliação do Plano de Qualificação ao parto em um hospital de referência de Cuiabá/MT de forma a identificar pontos para melhoria e áreas prioritárias para avaliação. Trata-se de um estudo de avaliabilidade com enfoque qualitativo. As estratégias utilizadas para coleta de informações foram a análise de documentos, entrevistas semi-estruturadas dos informantes-chaves e observação participante das práticas da intervenção. O presente estudo identifica convergências entre os objetivos propostos e a percepção dos sujeitos envolvidos. Entretanto, aponta entraves em relação à ampliação da estrutura física e de equipamentos da maternidade, evitando a superlotação e postura inadequada de alguns profissionais de saúde em relação à humanização do parto e assistência. Sugerem-se futuros estudos com foco na avaliação, considerando as dimensões político-organizacionais; de educação em saúde e qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** mortalidade materna, avaliabilidade, qualificação da maternidade.

## ABSTRACT

The maternal and infant mortality remains a serious health problem in the country. The Qualification Plan of Maternity (PQM) was launched in 2008 with the goal of qualifying care in labor and birth with implementing strategies humanization of obstetric and neonatal. Este work aims to conduct a pre-assessment of the Qualification Plan childbirth in a reference hospital in Cuiabá / MT in order to identify areas for improvement and areas for avaliação. Trata is an evaluability study with qualitative approach. The strategies used to collect information were document analysis, semi-structured interviews of key informants and participant observation of the practices of the intervention. This study identifies similarities between the proposed goals and perceptions of the individuals involved. However, points out obstacles regarding the expansion of physical infrastructure and equipment of motherhood, avoiding overcrowding and improper posture of some health professionals about the humanization of delivery and assistance. Suggest to future studies focusing on assessment, considering the dimensions , political, organizational, health education and quality of care.

Keywords: maternal mortality, evaluability, qualification of motherhood.

### 3.1. INTRODUÇÃO

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015. Segundo a ONU, a mortalidade materna diminuiu menos de 1% ao ano até 2005, abaixo dos 5,5% anuais necessários para atingir a meta.

No Brasil, a mortalidade materna tem se configurado com taxas acima da preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de até 20/100.000 nascidos vivo (N.V). De acordo com os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, a Razão de Mortalidade Materna no Brasil foi estimada em 67 óbitos/100.000 Nascidos Vivos no ano de 2010 (SIM/SVS/MS).

No estado de Mato Grosso a mortalidade materna, é um problemas crônicos que há anos tem níveis muito acima do preconizado pelo OMS ( 2007 63,29; 2008 87,17; 2009 80,4; 2010 69,53 e 2011 68,3 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos). Estes índices podem estar relacionados tanto com a atenção obstétrica inoportuna, ocasionando óbitos por causas evitáveis ou possíveis de serem controladas, como também podem indicar uma melhoria na qualidade das investigações, reduzindo, assim, a sub-notificação e o sub-registro.

Ao longo das últimas décadas no cenário brasileiro, vem aumentando a preocupação com a saúde materna, principalmente pela pressão do movimento feminista brasileiro que contribuiu significativamente na construção do novo modelo político que culminou nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materna infantil, com propostas de várias intervenções, leis e programas de saúde voltados para à atenção ao período da gestação, parto e nascimento (SANTOS NETO et.al, 2008).

Diferentes estratégias têm sido implementadas para o enfrentamento da mortalidade materna no Brasil. Desde 1996, 90% das gestantes têm acesso à atenção pré-natal, sendo que mais de 50% delas fazem mais de sete consultas. Além disso, quase a totalidade dos partos (97%) ocorre em hospitais (MS, 2008). Outra importante ação utilizada para reduzir a mortalidade materna foi à criação de "comitês de óbitos maternos" que visam melhorar a qualidade da notificação dos óbitos, conhecer suas causas e monitorar sua ocorrência.

Em 2000 é instituído o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento através da Portaria nº.569 de 1/6/2000, com o objetivo primordial de reduzir as

altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal através de garantia de acesso à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal. (BRASIL, 2000).

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal foi lançado em 2004 com objetivo de promover e melhorar a atenção obstétrica e neonatal. O enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal, através de pactos, implica no envolvimento de diferentes atores sociais, garantindo que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população (BRASIL, 2007).

Em 07 de abril de 2005 é sancionada a Lei Federal nº 11.108 que estabelece às mulheres a garantia do direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde (BRASIL 2005). Em 2006, o MS, através da Portaria MS/GM n. 399, lança o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto pela vida e reafirma o compromisso com a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. Na mesma direção, em 2007 é sancionada a Lei nº. 11.634, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde recebera assistência (BRASIL, 2007).

Entre as ações propostas no eixo de qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido no pacto pela vida, encontra-se o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (2008), organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) em conjunto com a área técnica da saúde da mulher e criança do Ministério da Saúde. Este Plano tem por alvo aprimorar os processos de gestão e de cuidado nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, por meio da introdução de inovações na assistência e gestão do trabalho no cotidiano dos serviços. Além da qualificação das maternidades em si, o Plano tem por objetivo construir e/ou aprimorar redes de cuidados perinatais, articulando, entre outros, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (2010) vários são os desafios que se apresentam para o alcance de patamares mais dignos de saúde e redução dos índices de mortalidade materna e infantil. Seu enfrentamento é considerado fundamental, com a introdução de mudanças na assistência às grávidas, puérperas e recém-nascidos, na direção do cuidado humanizado.

Estudos têm indicado que existe uma lacuna na avaliação dos programas materno-infantil no Brasil no que diz respeito à avaliação do papel da rede de atenção integral a este ciclo da vida para o alcance de bons resultados para a mulher e a criança no momento do nascimento (ALVES, 2000; COSTA et al., 2004; LEAL et al., 2004; LANSKY et al., 2007). Apesar do Ministério da Saúde ter desenvolvido ações e projetos no sentido de qualificação da rede assistencial (atenção primária e hospitalar) para a gestante e recém-nascido, não foi ainda instituído um processo de avaliação sistemática que inclua a estrutura, processos e impacto sobre os indicadores de morbi-mortalidade (MS, 2011). Sabe-se que a avaliação é fundamental para verificar a efetividade das ações, sendo uma ferramenta importante de gestão (CONTRANDRIOPOULOS et. al., 1997).

Portanto, o presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma pré-avaliação do Plano de Qualificação das Maternidades, identificando seus objetivos e resultados esperados, através da elaboração do modelo lógico, bem como propostas de ajustes, contribuindo dessa forma, para o seu aprimoramento e consolidação com vistas a posteriores avaliações.

### 3.2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com enfoque qualitativo. Estudos dessa natureza são entendidos como aqueles que incorporam o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, relacionando a sua criação, transformação (MINAYO, 1994).

Foi realizado um estudo de pré-avaliação ou avaliabilidade do Plano de Qualificação das Maternidades. Para realização da pesquisa foi utilizadas a análise documental, entrevistas com informantes chave e observação.

O estudo foi realizado no Hospital Santa Helena que é situado em Cuiabá/MT. O município caracteriza-se por ser gestão plena e sede de Módulo Assistencial para a Microrregião da Baixada Cuiabana, sendo uma das referências do Estado para Gestante de Alto Risco.

O Hospital é um estabelecimento de natureza filantrópica sem fins lucrativos. Caracteriza-se como referência no atendimento à gestante e recém-nascido de médio e alto risco e realiza mais de 7.000 partos por ano. São 138 leitos, sendo 117 conveniados ao SUS para internação em clínica médica, cirurgia, pediatria, obstetria e neonatologia.

De acordo com informações do Hospital Santa Helena HSH (2011), os leitos estão distribuídos em 54 leitos obstétricos de internação e 25 de UTI neonatal, 3 de unidade canguru e 10 de UTI adulto sendo dois obstétricos. Mantém todos os leitos de UTI cadastrados no SUS e disponíveis para Centrais de Regulação. Dispõe de infraestrutura física para o atendimento de urgência/emergência em Obstetria e Neonatologia 24 horas, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.884 de 11/11/1994 e serviços de diagnose. É referência terciária à gestante de alto risco e desde 2009 e possui título de hospital amigo da criança.

Para a etapa de análise documental foram feitas buscas em todos os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, referentes ao Plano De Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal. Nesta análise documental, procurou-se identificar os objetivos do programa, as etapas para o seu desenvolvimento e implantação e suas metas. Analisaram-se também os seguintes documentos: Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna - Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro (MS,2008); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (Brasil 2009 – 2010); Portaria/GM n.º 569, de 1 de junho de 2000 que Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde; Manual do Programa de humanização ao pré natal e nascimento (Brasil 2002); Diagnóstico da assistência perinatal na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro relatório final (MS, 2011), Portaria no.º 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha; Plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia legal e Nordeste -relatório final (MS, 2012). Portaria n.º 3136 (12/08), que define o repasse de um incentivo financeiro para os Estados auxiliarem os hospitais-maternidade de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.

Para que a etapa das entrevistas fosse viabilizada, apresentou-se a proposta do estudo à Maternidade sendo esclarecido o principal foco da pesquisa, quando houve permissão para sua execução. No total foram realizadas 16 entrevistas com informantes-chave que estavam diretamente envolvidos com a execução e participação do plano, sendo: dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um psicólogo, um gestor e

sete puérperas, conforme roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas na maternidade sendo, no centro obstétrico, alojamento conjunto, uti neonatal e na residência de três puérperas.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Manteve-se o anonimato dos entrevistados e o sigilo das informações. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador.

Foram feitas observações durante três dias consecutivos em novembro de 2012 nos horários de 08h às 11h; 13h às 17:h e 19h às 22:00 h de segunda a quarta feira. Foram objetos da observação a estrutura física através da recepção, sala de exame, centro obstétrico, alojamento conjunto, fluxo de entrada e permanência das gestantes, tempo de espera e permanência das mesmas no Hospital.

Após a coleta de dados, foi desenvolvido o Modelo Lógico do Plano de qualificação das maternidades. Trata-se de um método que explicita a teoria de um programa, permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados esperados, sendo um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. O modelo lógico tem a potencialidade de sintetizar teorias complexas de mudança em componentes analíticos (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

No modelo utilizado optou-se por utilizar a metodologia de Cassiolato e Gonzalez (2009), que consideram insumos, atividades, produtos, resultados e o impacto e definem três componentes para a construção do modelo lógico:

1. Explicação do problema e referências básicas do Programa (Problemas, Causas e consequências ).
2. Estruturação do Programa para alcance de Resultados (intervenção, recursos, Objetivos, Resultados Finais e Impactos).
3. Identificação de Fatores Relevantes de Contexto.

A etapa de validação do Modelo Lógico não foi realizada neste trabalho, podendo ser objeto de estudo posterior.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva,

sendo aprovado com o Parecer nº 038-12/CEP-ISC. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todos os entrevistados.

### 3.3 RESULTADOS

O presente estudo identifica convergências entre os objetivos propostos e a percepção dos sujeitos envolvidos. Entretanto, aponta lacunas que podem ser objeto para futuras avaliações e itens para melhoria e sua qualificação.

Desde que se iniciou a execução do plano de qualificação no hospital objeto deste estudo, a partir de 2011, houve aumento de óbitos maternos na maternidade, conforme pode ser observado na Tabela 1.

<b>Número Absoluto/ Ano</b>	<b>Causa</b>
<b>03/2009</b>	Outra complicação do trab. de parto e do parto, Complicação no puerpério; Outras doenças Mat. compl. Grav Parto puerp.
<b>03/2010</b>	Eclampsia; Outras doenças Materna, Compl grav Part e puerpério; Infecção do trato geniturinário na gravidez.
<b>04/2011</b>	Hemorragia pós-parto; Hemorragia anteparto, Choque cardiogênico - Insuficiência cardíaca; Morte Obstétrica de causa NE.
<b>06/2012</b>	Hipertensão gestacional com proteinúria significativa, Eclampsia, Doença Inf Paras Mat, compl grav parto e puerpério; Vômitos excessivos na gravidez; Morte Obstétrica de causa NE.

**Tabela 1-** Causas de Mortalidade Materna no Hospital Santa Helena de 2009 a 2012

**Fonte:** Módulo de investigação de óbito materno-[www.saude.gov.br/Sim](http://www.saude.gov.br/Sim)

### 3.3.1 Fluxograma da trajetória de acesso à Maternidade

No fluxograma apresentado na Figura 1 observa-se como ocorre o acesso da gestante à maternidade. Inicia-se quando ela entra em trabalho de parto e procura a maternidade para receber o atendimento. Pode ser encaminhada pela Unidade Básica de Saúde ou proveniente da própria residência, sem ter sido referenciada pela atenção primária. Ela é atendida na recepção, que não apresenta sala de classificação de risco funcionando. A gestante não recebe acolhimento e é encaminhada diretamente para sala de exame onde é submetida à avaliação médica a qual indicará o seu internamento ou não.

Em relação ao tempo de espera entre a chegada à recepção e o encaminhamento para a sala de exame, esse foi considerado pequeno. Entretanto, o intervalo de tempo entre a chegada e a consulta com o médico na sala de exame pode se estender dependendo de alguns fatores como o volume de gestantes que estão aguardando o atendimento médico e o trabalho que os mesmos estão tendo no atendimento às gestantes internadas no pré parto. Foi observado que apenas dois médicos e um interno estavam atendendo na sala de parto e sala de exame.

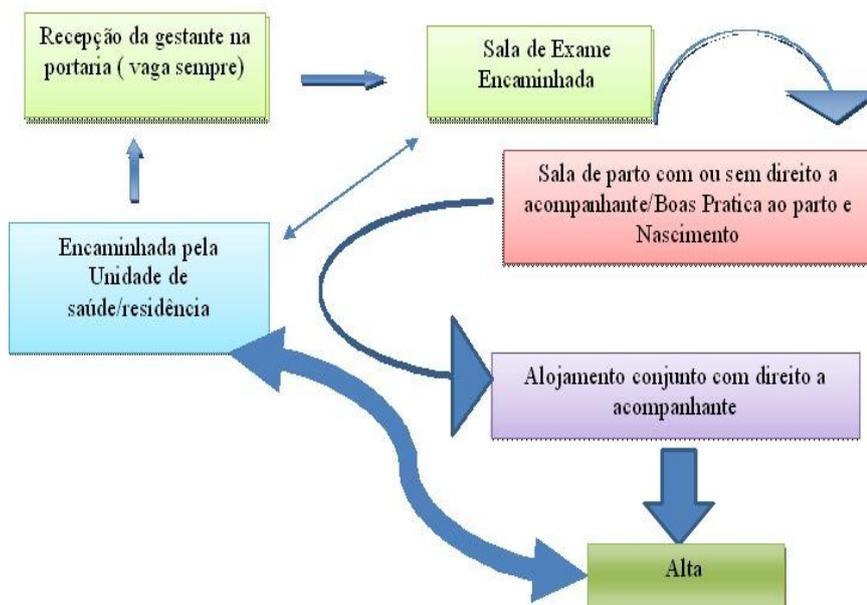


Figura 1 Fluxograma de acesso aos serviços

### 3.3.2 Ambiência

O conceito de ambiência é entendido como o tratamento dado ao espaço físico representado como espaço social, profissional e de relações interpessoais e que deve ser acolhedor, resolutivo, humano e vivenciado por grupos de pessoas com seus valores e relações sociais (BRASIL, 2006).

Ao observar a ambiência do hospital percebe-se que a sua recepção foi recentemente construída e apresenta um ambiente agradável e confortável. É ampla, com climatização central, cadeiras almofadadas e banheiros femininos e masculinos. Entretanto, observa-se que o hospital não possui elevador. Diante disso, as gestantes sobem a rampa caminhando ou de cadeira de rodas, dependendo da sua condição até a sala de exame que fica no piso superior.

Verificou-se que na sala de espera para o exame havia a presença de um grande número de pessoas além das gestantes em trabalho de parto. Eram mulheres com alguma emergência por intercorrência na gestação e também seus familiares. Todos se concentravam no corredor, formando uma aglomeração de pessoas, em um local quente e sem ventilação e com um número insuficiente de bancos, tornando o ambiente desconfortável. Esse quadro contribuía para um cenário visível de muito sofrimento, num momento em que as mães em trabalho de parto deveriam estar em uma estrutura confortável e que trouxesse menos estresse e angústia.

O Centro obstétrico é uma área de circulação restrita onde as parturientes ficam em trabalho de parto aguardando o nascimento. Este é composto por uma equipe de 4 auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e dois médicos plantonistas e dois residentes. Quando ocorre superlotação, as mulheres são colocadas em cadeiras de rodas no corredor central do centro obstétrico. Já as enfermarias do alojamento conjunto foram recentemente construídas e possuem, em média, cinco leitos com cadeiras para acompanhante.

### 3.3.3 Modelo Lógico do Plano

Para que o Plano de qualificação das Maternidades fosse implantado nessa Unidade de referencia foram feitos vários movimentos nesta maternidade. O primeiro passo foi a

divulgação do plano na instituição para todos os trabalhadores e amplamente discutida e validada por todos os participantes. O segundo movimento consistiu na capacitação dos profissionais nas quatro diretrizes através de reuniões e oficinas realizadas principalmente para os profissionais da maternidade objetivando a elaboração do planejamento. Neste momento, também ocorreu visita técnica nas maternidades de referência. No terceiro momento ocorreu a implantação das diretrizes propostas que sofreram varias influências do contexto , conforme pode ser observado na Figura 2

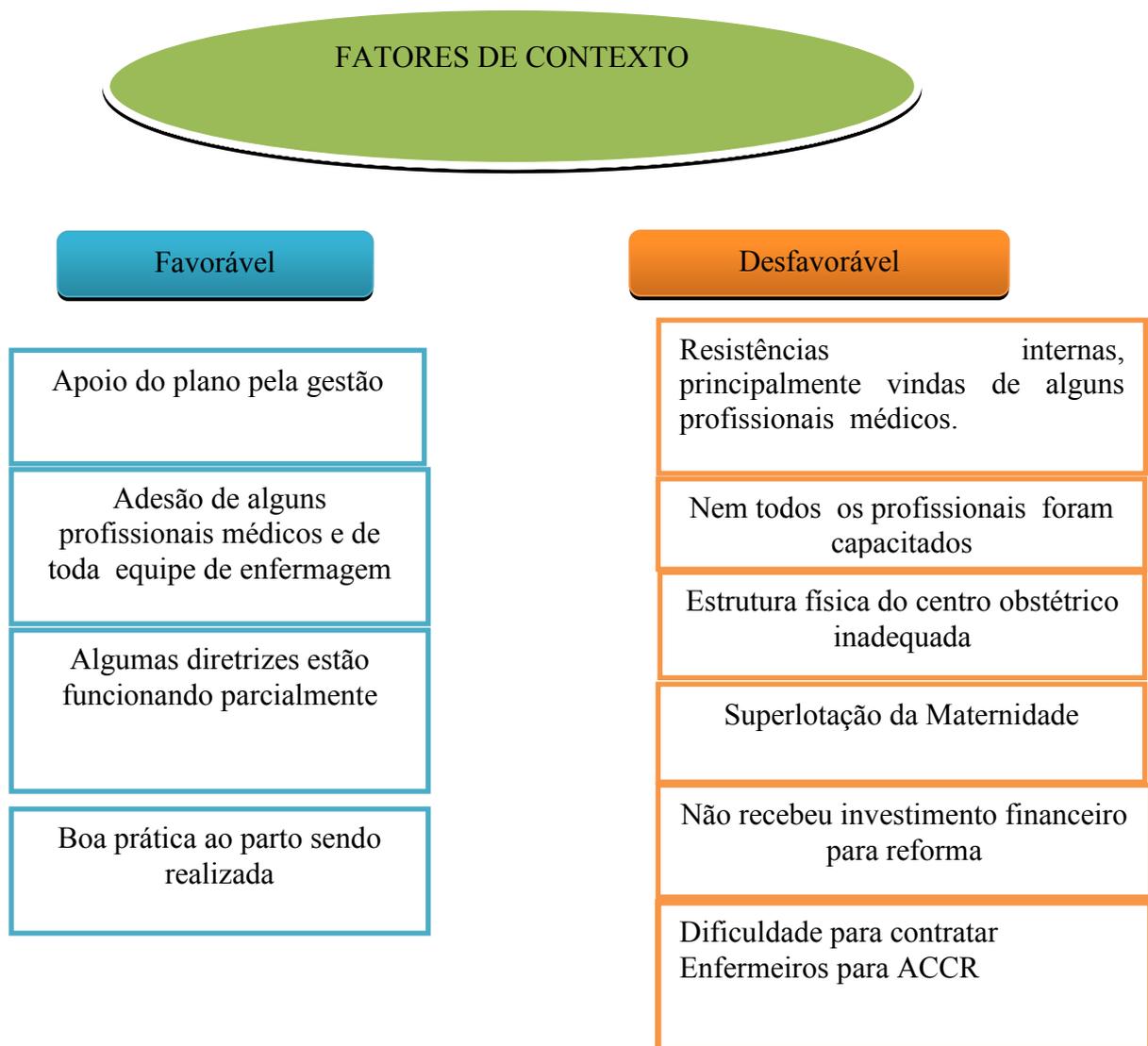


Figura 2 Fatores do contexto  
Fonte: (adaptação de Cassiolato;Gueresi,2010)

Para elaboração do Modelo lógico foi utilizado um modelo prévio para explicação do problema conforme pode ser observado na Figura 3. Esse modelo explicativo foi adaptado da proposta de Cassiolato e Guerresi (2010). Dentre as causas apontadas que justificam os problemas encontrados estão a inadequação de ambiência e de estruturas e equipamentos de serviços de saúde; baixa capacidade gerencial das equipes; modelo marcado por intervenção desnecessária; rede de atenção materna infantil não organizada e baixa capacidade institucional do sus: rede fragmentada e pouco resolutiva.

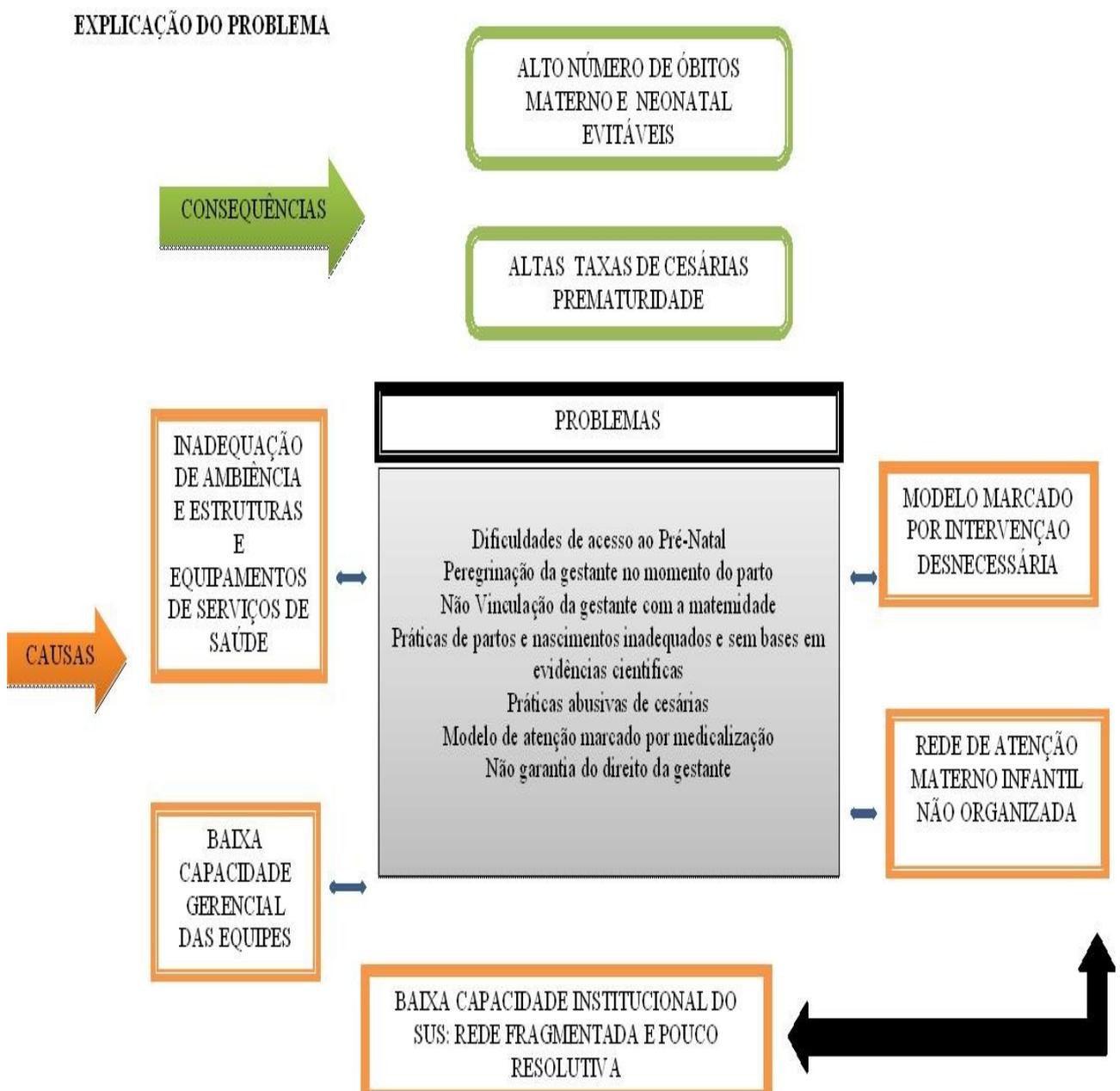


Figura 3 Explicação do Problema  
Fonte: ( adaptado de Cassiolat; Guerresi, 2010)

A partir do levantamento de problemas, causas e consequências e da análise documental, entrevistas e observação foi elaborado o modelo Lógico do Plano (Figura 4). Para essa construção foi analisado apenas o eixo 1 que refere sobre a Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido – Ação 10 Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE.

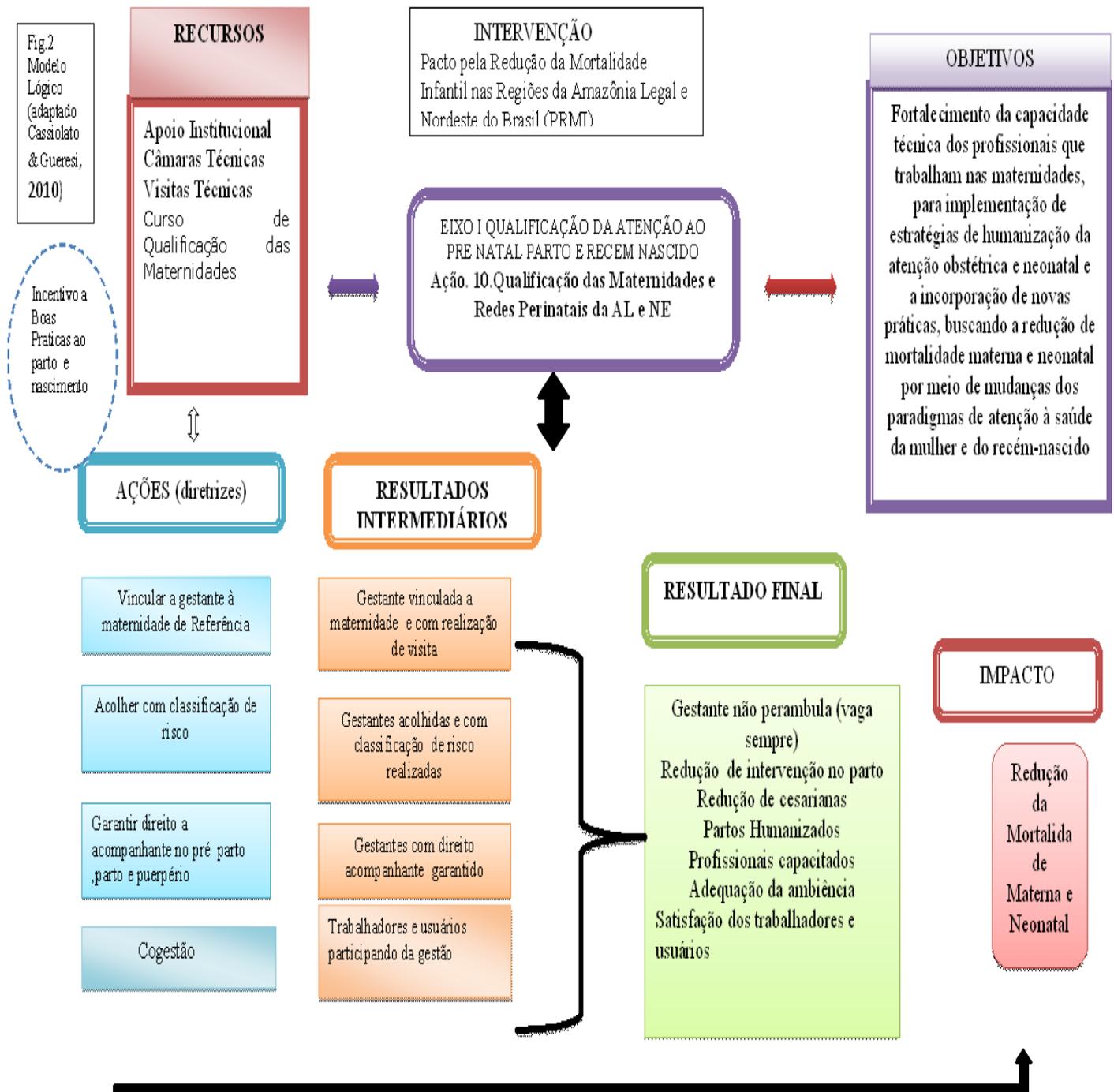


Figura4– Modelo Lógico do Plano de qualificação das Maternidades/Cuiabá-2012

Ao analisar os documentos e entrevistas, se constata que o plano tem potencial enquanto intervenção, ao introduzir novos modos de cuidar, mesmo sem estabelecer metas e nem quantitativo para reduzir a mortalidade materna e neonatal por maternidade. Verificou-se que há um entendimento parcial dos objetivos do Plano, por parte dos gestores e profissionais de nível superior. Há a compreensão de que humanização está intimamente relacionada com a melhoria da assistência e, conseqüentemente, com a redução da mortalidade materna e infantil .

*“... promover a humanização do parto e melhorar a assistência para que reduza a mortalidade infantil e materna....” Prof1*

*“... preparar as maternidades do nordeste e Amazônia para que seja humanizada e melhore as condições de atendimento”. Prof3*

Para os profissionais de nível médio os objetivos do Plano aparecem mais confusos, pois se observa nas falas que há uma tendência a confundi-lo com outros programas ou planos executados no hospital, como é o caso do Programa Amigo da Criança, que têm alguns objetivos comuns. O hospital já vinha trabalhando com algumas ações de humanização do parto e o plano só veio reforçar as ações e inserir novas práticas, também com o objetivo de organizar o serviço e conseqüentemente reduzir a mortalidade materna e neonatal.

Quando questionados se tiveram alguma informação sobre o Plano de qualificação das Maternidades, todos responderam que não receberam. Isso sugere que as informações, se prestadas, constituíram-se apenas aos aspectos técnicos ou que envolvem parto. Referiam-se:

*“...A humanização em parto, acolhimento da gestante e depois foi feito também... veio o pessoal do Ministério da Saúde por causa do plano lá de... Hospital amigo da criança.”prof.Tec 1*

*“...aqui tem feito muita coisa em relação a humanização. E hospital amigo da criança, faz o método canguru e temos tido muito curso sobre isso....” Prof Tec 2*

### 3.3.4. Dificuldades e Obstáculos para Operacionalização do Plano

Foi perguntado aos profissionais quais as principais dificuldades para operacionalizar o plano, com objetivo de identificar fatores relevantes do contexto que podem contribuir ou comprometer o desenvolvimento das ações. O que foi observado é que apesar da institucionalização de práticas humanizadas, persistem heterogeneidades no atendimento, havendo significativas variações entre a equipe médica, com maior resistência de mudança quando comparada à equipe de enfermagem, esta mais permeável às modificações. Durante as entrevistas os profissionais identificaram falhas na busca de humanização da assistência, o que envolvia a autonomia do profissional, sua disponibilidade, seu conhecimento, seu envolvimento com a equipe multiprofissional, além de limitações físicas e de infraestrutura.

*“...envolver a equipe médica para participar das reuniões, tem muito medico difícil que não aceita mudança”. Prof 1*

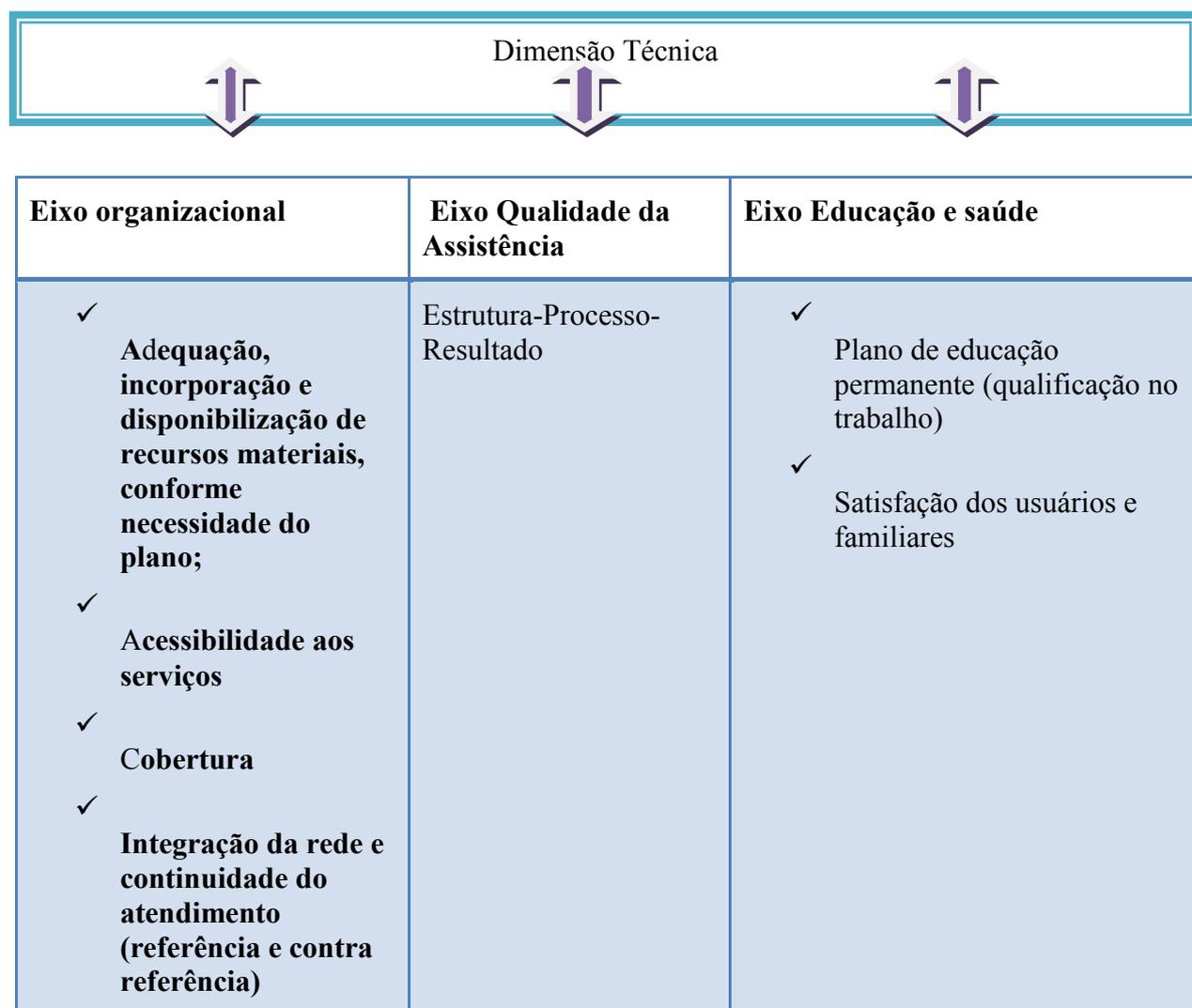
*“Dificuldade é mudar a mentalidade dos profissionais. Que geralmente colocam dificuldade de realizar alguma ação por causa da estrutura, mas a gente sabe que independente das condições estrutural da maternidade dá para ser feito. Precisa ter mudança de paradigma.” Prof 3*

*“...também tem bastantes colegas que não é adepto do parto humanizado, não há vontade de melhorar a assistência.” Prof 2*

### 3.3.5 Aspectos para Futuras Avaliações

Após a análise da teoria do programa e entrevistas, o estudo apontou inúmeros obstáculos que dificultam a viabilização do plano de qualificação das maternidades que podem ser fruto de posterior avaliação. Questões importantes foram levantadas referentes a diversas dificuldades que o serviço apresenta e para futuras avaliações foram organizados de

acordo com os aspectos relacionados a dimensão de qualidade que Donabedian (1980) propõe. Aspectos para futuras avaliações forma dispostas na Figura 5.



**Figura 5-** Dimensão e variáveis avaliativas para o plano de qualificação das maternidades

**Fonte:** Elaborado pelo autor

As principais lacunas para avaliação futuras identificadas foram: Avaliação do grau de implementação das ações; Avaliação de efetividade; Avaliação de indicadores da saúde materna e neonatal relacionados às diretrizes( Tipo de parto, boas Praticas, Nº de pacientes com direito ao acompanhante etc. )

### 3.3.6. Recomendações Para o Plano de Qualificação da Maternidade

De acordo com os entrevistados, foram destacadas as seguintes recomendações, com o objetivo de contribuir com o processo de implementação da qualificação das maternidades:

1. Proporcionar capacitação permanente aos profissionais médicos e de enfermagem; Promover uma melhoria na estrutura física da maternidade;
2. Adquirir leitos de pré-parto, parto e pós- parto (PPP);
3. Elaborar protocolo de boas práticas ao parto e estimular a sua adoção pelos profissionais médicos;
4. Garantir atendimento a todas as parturientes que procuram a maternidade e realizar acolhimento com classificação de risco;
5. Garantir a todas as gestantes o direito a acompanhante no pré parto, parto, pós parto.

### 3.4 DISCUSSÃO

A mortalidade materna e infantil é resultante de diversas causas, desde a falta de infraestrutura básica (como baixa cobertura de água e esgoto tratado), passando por problemas sociais complexos, até a falta de atenção qualificada à mulher e à criança (BRASIL, 2009).

Apesar de o hospital ter iniciado a implantação do Plano de qualificação das Maternidades desde 2011, se observou um aumento no número de óbitos em 2012. Alguns fatores são identificados no contexto que podem favorecer ou comprometer o desenvolvimento das ações que visem a redução desse quadro. Esse é um dado importante da realidade do programa, o qual irá permitir conhecer a sustentabilidade das hipóteses assumidas na sua estruturação lógica para o alcance de resultados.

Sabe-se que as principais causas estão relacionadas com mortes obstétricas diretas que resultam de complicações na gravidez, parto e puerpério, muitas delas devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações.

Estudos sobre o tema abordam que, apesar dos avanços na atenção básica, hospitalar, qualificação do sistema de informação e com a presença expressiva de comitês de óbitos maternos não houve melhoria da razão de mortalidade materna e as ações têm se mostrado menos efetivas do que o desejado (LANSKY, 2009). As principais causas vigentes de morte continuam sendo as hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de atenção qualificada ao pré-natal e ao parto (LEAL, 2008). Para Malta e colaboradores (2007) as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como passíveis de prevenção, por ações efetivas dos serviços de saúde com a utilização de tecnologias disponíveis no SUS.

Segundo o MS (2009) a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas no País indicam configuração da violação dos direitos da mulher, um problema grave de saúde pública, que atinge desigualmente as regiões do País, ocorrendo com maior frequência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o HSH tornou-se um centro de referência para gestações de alto risco e cuidados intensivos em gestantes para diversos municípios do estado, tendo um maior número de encaminhamentos dos hospitais de menor porte, o que pode vir a contribuir, em algum aspecto, com o aumento dessa taxa no referido hospital. Entretanto, é pressuposto do SUS uma rede assistencial para gestante e recém-nascido que seja além de integrada, hierarquizada e regionalizada e que garanta o acesso à gestante em tempo adequado no momento do parto. Também deve ser prioridade que todos os hospitais de referência para o parto sejam estruturados para o atendimento resolutivo das complicações que podem ocorrer no nascimento, com equipamentos e insumos e equipe capacitada em número adequado e suficiente para enfrentamento de problemas que possam advir de urgências maternas e neonatais (BORBA et al, 2001; WHO, 2003).

De acordo com esse pressuposto, o espaço regional torna-se primordial para a organização, gestão e assistência de média e alta complexidade assistencial. A consolidação desse ambiente político-administrativo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidia a construção de uma base sólida para garantia dos princípios de universalidade e equidade, além da descentralização na vertente da regionalização. Almeja-se, nesse sentido, a adequação da oferta de aparatos e tecnologias de saúde de acordo com as necessidades existentes nos diferentes contextos sociais, econômicos e epidemiológicos das regiões e estados do país, que resulta na melhoria dos indicadores de saúde em consequência do melhor

acesso da população excluída do sistema público de saúde (ARRETCHE, 1996). Embora a oferta de serviços de saúde não seja considerada como um dos principais determinantes da melhoria de saúde, a disposição adequada desses serviços e a garantia do acesso universal da população aos equipamentos de saúde em qualidade e cobertura, se configuram como um relevante indicador de bem-estar social.

Sabe-se que a demora no atendimento obstétrico pode trazer consequências tanto para mãe como para o bebê, aumentando os riscos e custos para o tratamento de complicações, bem como os riscos de adoecer e morrer (SANTOS et al, 2005). Além dessa questão, outro ponto passível de discussão se dá no cenário de sobrecarga de trabalho da equipe médica, com o grande volume de atendimentos por profissional, resultando na diminuição do tempo disponibilizado para cada paciente, e que torna em muitos casos, uma relação mais personalizada e humanizada quase inviável. O desafio é compatibilizar um atendimento personalizado, seguindo os princípios da humanização com uma demanda que pressiona por um atendimento rápido (DIAS, 2006).

Carraro e colaboradores (2006) apontam que a pouca atenção, a falta de paciência e de privacidade, a limitação no que se refere à preocupação e ansiedade, e a possível exposição aos riscos de morte materna, mostram a necessidade de cuidados singularizados com atenção integral humanizada.

Conforme foi observado, os ambientes visitados, especialmente a sala de exame e pré parto, são estruturas sem conforto, privacidade e impregnadas com marca do sofrimento e transformando de forma negativa um momento tão especial na vida da gestante e de seu bebe. O resultado se traduz em uma não conformidade com eixos definidos pelo conceito da ambiência recomendado na Política Nacional de Humanização (SAÚDE, 2006) que são, dentre eles, o conforto dos espaços, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. Além disso, ressalta o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Outro aspecto importante a ser destacado refere-se ao processo de condução das ações de humanização. Ficou evidente que o termo humanização é associado fortemente às atividades relacionadas ao parto. Sabe-se, entretanto, que é algo muito mais amplo e requer

uma discussão mais profunda. A própria Política Nacional de Humanização PNH conceitua humanização como valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando autonomia e o protagonismo desses sujeitos, co-responsabilidades entre eles, estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudança no modelo de atenção e, portanto no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades do cidadão e a produção de saúde (BRASIL, 2004).

Também nas falas revelaram resistência dos profissionais médicos à mudança, que segundo Griboski e Guilhem (2006) muitas vezes se dá por desconhecerem outra forma de atendimento, apontando para a necessidade de adequação ao novo modelo, já que não foram preparados pelas universidades para atuarem de forma diferenciada. Acreditam que um fator decisivo para efetivar a mudança está vinculado à melhoria de recursos humanos e físicos, a uma remuneração adequada, assim como à sensibilização e ao treinamento em serviço, especialmente antes, durante e depois da implantação do programa.

Para a viabilidade de implantação de um programa, ou mesmo de uma política, há necessidade de os profissionais de saúde se adequar ao novo paradigma de assistência. Para isso, torna-se necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores, até a melhoria da infraestrutura hospitalar e das condições de trabalho (GRIBOSKI;GUILHEM, 2006). O Ministério da Saúde (2010) preconiza para que humanização aconteça, o processo deve ocorrer desde adequação da estrutura física e equipamentos, até uma mudança da postura dos profissionais de saúde e das parturientes, além da boa vontade e atitude ética e humana dos profissionais envolvidos, proporcionando um parto humanizado sobre orientação do princípio de medicina baseado em evidência.

### 3.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de qualificação das maternidades configura como uma importante estratégia na medida em que possibilita os gestores e profissionais a refletir e mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento praticado nas maternidades, que é intervencionista, e não coloca a gestante como protagonista do processo de gestação e parto.

A realização deste estudo de avaliabilidade do PQM possibilitou o fornecimento de importantes informações sobre o plano, as quais podem ser usadas pelos gestores para melhoria. Pela pesquisa constatou-se que, apesar das dificuldades o PQM encontra-se em processo de implantação na maternidade e que há barreiras a ser enfrentadas para que as diretrizes sejam de fato estabelecidas.

Os documentos pesquisados demonstraram ser ricos em informações, o que permitiu a identificação dos problemas, dos objetivos, das ações, e impacto esperado, possibilitando a elaboração do modelo lógico. Foi possível identificar no referencial, as evidências científicas das ações, que teriam chance de contribuir para a redução da mortalidade infantil nas maternidades.

Pode-se concluir que apesar de encontrar inúmeras publicações sobre avaliação da rede de serviços de atenção perinatal e da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, ressalta-se a importância de fazer pesquisas avaliativas que possam contribuir para a melhor compreensão e mudança do quadro atual que mostra índices elevados de mortalidade materna. Por ser um plano avaliável, sugere-se o avanço nos estudos para avaliar sua efetividade, tendo em vista os pontos críticos levantados tanto na estrutura como nos processos identificados, especialmente no modelo de atenção, processos de trabalho e impacto das ações sobre os indicadores de saúde. Ficou evidente que a complexidade para consolidar essas diretrizes é muito grande fazendo com que muitas delas se tornem de difícil alcance a curto prazo. Como o plano foi incorporado pela rede cegonha e as diretrizes continuam sendo trabalhadas para sua consolidação no hospital, cabe aos autores envolvidos assumir o compromisso social para reduzir a mortalidade materna e infantil no hospital. É importante destacar a importância de reforçar o monitoramento das atividades dessa maternidade e o apoio constante para que alcance os resultados mais eficazes. Em fim, o aprendizado que o estudo nos traz é que hospitais são estruturas complexas, com forte cultura institucional e precisa de tempo para incorporar mudanças propostas.

### 3.6. REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. S. S. B; SILVA, A. A. M, (orgs). **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde.** São Luís: Universitária da Universidade Federal do Maranhão, 2000.

BARROS, F.C, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **The Lancet**, v. 365, n.9462, p. 847-854. mar., 2005

BERQUÓ, E. ; GARCIA, S.; LAGO, T. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 08 de abr. de 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde recebera assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**. Brasília: DF, 27 de dez. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS .** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pacto para redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pacto pela saúde 2006.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/Saúde>>.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/SAS n.º 364 19 de fevereiro de 2009.** Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-432RP.htm> > Acesso em 15 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Pacto da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal** :relatório anual 2009–2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico da assistência perinatal na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

\_\_\_\_\_. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União, Poder Executivo,** Brasília, DF, 8 jun. 2000.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Saúde. **Plano de qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal no Nordeste e Amazônia legal,** 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011, **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Rede Cegonha.**

Brasil. Ministério da Saúde. **Diagnóstico da assistência perinatal na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUNGE, M. Os conceitos de modelo: modelos, modelos na ciência teórica. In: **Teoria e realidade.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

Campos, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASATE, J.C, CORRÊA A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v.13, n1, p.105-111, 2005.

CECHIN PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 444-448, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE F.; DENIS J.L.; PINEAUT, R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. ( org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711.

COSTA, J.O. et al. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 701-708, 2004.

CRUZ M.M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199 . Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 12/01/2013.

DIAS M.A.B, DOMINGUES R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

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

DOMINGUES R.M.S.M, SANTOS EM, LEAL M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p. 52-62, 2004.suplemento 1.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación, enfoques básicos para la evaluación**. México: la prensa Mexicana,1984.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas: rede interagencial de informação para a saúde demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GONZALEZ, R, et al. Reduction in neonatal mortality in Chile Between 1990 and 2000. **Pediatrics**, v. 117, p.949 – 954, 2006.

GREEN, J.; COUPLAND, V.; KITZINGER, J. **Great Expectations**: a Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth. Inglaterra : Books for Midwives Press, 1998.

Griboski, R. A.; Guilhem, D. Mulheres e profissionais de saúde: O imaginário cultural na humanização ao Parto e nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

HARTZ Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353.1999.

HARTZ Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

HARTZ Z. M.A. ; VIEIRA, L.M.S. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.**( orgs.) Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA/MP/SPI; 2007.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; ISHITANI, L.; PERPÉTUO, I.H.O. Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1980 a 2005. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **20 anos do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LANSKY, S. et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos Saúde Pública**. v. 22, p. 117-30.

LEAL, M.C,et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 20-33, 2004, suplemento.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, 2008

LEAL, M. C.; VIACAVA, F. Maternidades do Brasil. **RADIS**. Rio de Janeiro, v. 2, p. -26. set, 2002.

Berquó, E.; Garcia S.; Lago, T, (coord.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008.

MACDONALD, M.; STARRS, A. **La atención calificada durante el parto**: um cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York (USA): Family Care Internacional, 2003.

MACHADO LZ. **Os frágeis Direitos da Mulher**. Brasília, **Promoção da Saúde**, Ano 3, n. 6, p.22, Ministério da Saúde, 2002.

MACEDO, V. C. **Avaliação da implantação do projeto nascer em maternidades de quatro municípios do Interior do estado de Pernambuco**: estudos de casos. 2007 Dissertação (Mestrado em saúde Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

MAGLUTA, C. et al . Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, Set. 2009 .

MURRAY, I.; WILCOCK, A.; KOBAYASHI, L. Obstetrical Patient Satisfaction. **J Health Care Marketing**, v.16, n. 3, p.54-57, 1996.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, out. 2000.

OLIVEIRA M.I.C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2008.

OLIVEIRA L.G.D. et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 985-996, 2010. Suplemento 1.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **IDB-2007**. Brasília: RIPSA 2008 a. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.

\_\_\_\_\_. **Indicadores básicos para saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p.349

\_\_\_\_\_. **Indicadores e dados básicos para a Saúde (IDB-2007)**: tema do ano: nascimentos no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 349.

REIS, A. E. ; PATRÍCIO, Z. M. (2005). **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. Rio de janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 221-30. Suplemento.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Carta de Campinas**. (Mimeo), 1993.

SILVA , R.C. **A avaliabilidade do programa SESI de prevenção de quedas na indústria de construção civil na Bahia**. [s.d.]: Salvador, 2007.

SANTOS, N.E.T dos et al . Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. São Paulo, **Saude Soc.**, v. 17, n. 2, jun. 2008 .

SOUZA, J.P. et al. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. Washington, Rev. Panam. Salud Publica, v. 21, n. 6, p. 396-401, 2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, p.603-13, 2009. Suplemento 1.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Internal management contracts within the context of the Humanization Policy: experimenting with methodology within the reference frame of co-management. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, p.615-26, 2009. suplemento 1.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

\_\_\_\_\_, S.B. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas** –Ijuí: Unijuí, 2009.

THURSTON WE; GRAHAM J.; HATFIELD J. EVALUABILITY ASSESSMENT: A Catalyst for Program Change and Improvent. Evaluation & The Health Professions, **Alberta**, v.26, n°2, p. 206-221, 2003.

UNICEF et al. **Projeto os oito passos para a maternidade segura. Guia básico para serviços de saúde**. Brasília, 1995.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 599-613. 2005.

VIEIRA DA SILVA LMV, FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectiva. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p 80-91, 1994.

\_\_\_\_\_, L.M.V. **Conceitos abordagens e estratégias para avaliação. em saúde**. In: HARTZ, Z. M.A.; SILVA, L. M. V. (ORGS.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à práticas na avaliação de programas e sistemas de Saúde**. Salvador; Rio de Janeiro: FIOCRUZ e EDFBA, 2005. p. 15-40.

WILLIAMS, B. **Patient satisfaction: a valid concept?** [s.i]: *Social Science and Medicine* 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal And Newborn Health, Safe Motherhood Unit, Family And Reproductive Health. Care in Normal Birth: a practical Guide**. Genebra: World Health Organization, 1996.

\_\_\_\_\_. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**. Geneve: World Health Organization, 2006. 75p.

\_\_\_\_\_. **Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors.** Geneva: World Health Organization, 2003.

\_\_\_\_\_. **Appropriate Technology for Birth.**  
The Lancet. Geneve: World Health Organization 1985.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: developing program theory. In: L. Bickman (ed.), **Using program theory in evaluation.** new directions for program evaluation, N.. 33. San Francisco, 1987.

YIN, Robert K. – **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al, A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, M. A. Z. **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro, 1997. P. 29-47

#### **4. ARTIGO 2**

**ANALISE DAS DIRETRIZES PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM UMA  
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE CUIABÁ/MT**

## RESUMO

Embora os avanços na atenção à gravidez e ao parto nas últimas décadas sejam perceptíveis, ainda persistem graves desigualdades regionais, e a realidade social e sanitária de nosso país tem mostrado que continua um número expressivo de mortes neonatais e maternas por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde. A persistência dos problemas relacionados à mortalidade materna e neonatal principalmente nas regiões brasileiras com maiores desigualdades levou o governo federal a desenvolver uma estratégia inovadora de intervenção direta nas maternidades, lançando o Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia Legal (PQM, 2008) objetivando qualificar as maternidades para o parto e nascimento. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo analisar o cumprimento das diretrizes do Plano de qualificação das Maternidades(PQM) em um hospital de referência de Cuiabá/MT.. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa com enfoque qualitativo. Foram utilizadas várias estratégias de coleta de informações como: análise de documentos, análise de atores envolvidos; entrevistas semiestruturadas, observação participante das práticas da intervenção. **Resultados:** Este estudo revelou não haver vinculação da gestante a partir da atenção primária, sem o acolhimento adequado e classificação de risco, o direito à acompanhante no parto é limitado à pessoa do mesmo sexo. Mantém práticas excessivamente intervencionistas como amniotomia, episiotomia e cauterização venosa. A Cogestão é inexistente. Observou-se que os profissionais reconhecem a necessidade da mudança de paradigma em relação ao parto e nascimento, mas enfrentam a desorganização do acesso aos serviços, a fragmentação dos processos de trabalho na maternidade; a fragilidade do diálogo e da interação entre os profissionais, os gestores e o desrespeito aos direitos dos usuários. Aponta-se fragilidades nas implantação das diretrizes, mas que podem ser traduzidas em potenciais de reflexão e investimentos, visando atingir objetivo que é uma assistência humanizada e qualificada ao parto e nascimento.

**Palavras-chave:**, parto e nascimento, humanização, maternidade.

## ABSTRACT

While advances in relation to pregnancy and childbirth are noticeable in recent decades, there are still serious regional inequalities, and health and social reality of our country has shown that continues a significant number of maternal and neonatal deaths from preventable causes for shares of services health. The persistence of the problems related to maternal and neonatal mortality primarily in Brazilian regions with greater inequality led the federal government to develop an innovative strategy of direct intervention in maternity, launching the Qualification Plan the Maternity of the Northeast and Amazon (PQM, 2008) aiming qualify for maternity and childbirth. Objective: This study aims to examine compliance with the guidelines of the qualification of Maternity (PQM) in a referral hospital of Cuiabá / MT . Methodology: This is an evaluative study with qualitative approach. Several strategies were used to collect information such as document analysis, analysis of stakeholders, structured interviews, participant observation of the practices of the intervention. Results: This study showed no linkage of the pregnant woman from primary care without the proper reception and classification risk, the right to during childbirth is limited to the person of the same sex. Keeps excessively interventionist practices as amniotomy, episiotomia and venous cauterization. Co-management is lacking. It was observed that professionals recognize the need for a paradigm shift in relation to labor and birth, but face the disruption of access to services, fragmentation of work processes in motherhood; fragility of dialogue and interaction between professionals, managers and disrespect the rights of users. It is pointed out weaknesses in the implementation of the guidelines, but that can be translated into potential reflection and investments in order to achieve that goal are a humanized and qualified labor and birth.

Keywords: labor and birth, humanization, motherhood.

#### 4.1. INTRODUÇÃO

Segundo o 4º Relatório Nacional de acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM), o Brasil registrou uma redução da mortalidade materna, desde 1990, de aproximadamente 50%. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida para 1990 era de 140 óbitos para 100.000 nascidos vivos, enquanto em 2011 declinou para 72.5 óbitos. O relatório explica que esse fato se dá pela melhora na investigação dos óbitos em mulheres fértil de 10 a 49 anos de idade, e também pela melhoria na cobertura e do acesso à assistência materna infantil.

Embora os avanços na atenção à gravidez e ao parto nas últimas décadas sejam visíveis, ainda persistem graves desigualdades regionais e a realidade social e sanitária de nosso país tem mostrado que continua um número expressivo de mortes neonatais e maternas por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, seja na atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (LANSKY, 2009).

Estudos têm mostrado que taxas elevadas de morbi-mortalidade materna estão associadas à inadequação do atendimento hospitalar ao parto e nascimento, sendo a maioria classificadas como diretas, ou seja, relacionadas a complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (ALVES, 2000; COSTA et al., 2004; LEAL et al., 2004; LANSKY et al., 2007).

Como estratégia para mudar essa realidade, a partir de 2004, o Ministério da Saúde vem propondo ações com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil principalmente o componente neonatal, através do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (MS, 2004); Pacto pela Saúde (MS 2006, 2008). Todas essas iniciativas estão voltadas para humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal, fortalecer o vínculo da mãe com seu filho e reduzir as taxas de cesariana.

A persistência dos problemas relacionados à mortalidade materna e neonatal, principalmente nas regiões brasileiras com maiores desigualdades, levou o governo federal a desenvolver uma estratégia inovadora de intervenção direta nas maternidades, lançando o Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia Legal (PQM, 2008). Seu objetivo constitui em fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais que trabalham nas maternidades dessas regiões, para implementação de estratégias de humanização da

atenção obstétrica e neonatal e a incorporação de novas práticas, buscando a redução de mortalidade materna e neonatal por meio de mudanças dos paradigmas de atenção a saúde da mulher e do recém-nascido.

Dentre as diretrizes do PQM (2008) está a garantia da vinculação da gestante à maternidade através da formalização da referência e contra referência da mulher durante a gestação, permitindo a continuidade do cuidado; o acolhimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido nas práticas de produção de saúde na atenção básica e maternidades; o acolhimento com classificação de risco (ACCR) um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, a concretização do princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento; garantia de acompanhante para a mulher durante a internação desde o pré-parto, parto e pós-parto e do recém nascido; cogestão que é um modo de organizar o processo de trabalho que inclui o pensar e o fazer coletivo.

Estas diretrizes são baseadas na revisão de conhecimento sobre uso de tecnologia de nascimento que indica a contribuição dessas práticas para o bem estar do parto e nascimento, constituindo uma importante ferramenta para a qualificação das maternidades, haja vista que 98% dos partos são hospitalares e assistidos por médicos que precisam superar desafios no sentido de realizar partos seguros e garantindo o direito a saúde (LEAL, 2008; VIACAVA, 2002; BERQUÓ et.al., 2008).

Por entender que o Plano de Qualificação das Maternidades é estratégico para mudança da atenção ao parto e nascimento ao possibilitar adoção de práticas humanizadas e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna e neonatal e que servirá de referência para implantação nas demais maternidades do Brasil através da rede cegonha, esse estudo teve como objetivo analisar o cumprimento das diretrizes do Plano de qualificação de Maternidades (PQM) em um hospital de referência em Cuiabá/ MT.

## 4.2 METODO

Trata-se de uma pesquisa com enfoque qualitativo. Estudos dessa natureza são entendidos como aqueles que incorporam o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, relacionando a sua criação, transformação (MINAYO, 1994). Para realização da pesquisa foi utilizadas a análise documental, entrevistas com informantes chaves e observação.

O estudo foi realizado no hospital Santa Helena, por ser referência em Cuiabá/MT e participar do Plano. É um estabelecimento de natureza filantrópica sem fins lucrativos, caracteriza-se pelo atendimento à gestante e recém-nascido de médio e alto risco e realiza mais de 7.000 partos por ano. Possui 138 leitos, sendo 117 conveniados ao SUS para internação em clínica médica, pediatria, cirurgia, obstetrícia e neonatologia. Ressalta-se que a UTI neonatal é terceirizada.

Segundo dados da SES/MT (2011) 75% da demanda do Hospital Santa Helena é proveniente da região da baixada cuiabana que compreende 14 municípios e também é referência terciária do estado para gestante do alto risco.

De acordo com informações do Hospital Santa Helena (2011), os leitos obstétricos estão distribuídos em 10 no Pré-parto, 54 no alojamento Conjunto e 02 leitos de UTI obstétricos. Mantém todos os leitos de UTI cadastrados no SUS e disponíveis para Centrais de Regulação. Também dispõe de infraestrutura física para o atendimento de urgência/emergência em Obstetrícia e Neonatologia 24 horas que dispõe de 25 leitos na UTI neonatal.

Foram analisados os seguintes documentos: Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna - Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro, Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal. 2009 – 2010, Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde 2000, Diagnóstico da assistência perinatal na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro relatório final 2011, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia legal e Nordeste -relatório final 2012.

Foram realizadas 16 entrevistas com informantes-chave que estavam diretamente envolvidos com a execução e participação do plano sendo: dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um psicólogo, um gestor e sete puérperas, conforme roteiro de entrevistas semiestruturado e realizadas na maternidade no setor de alojamento conjunto e UTI neonatal e na residência de três puérperas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da análise de conteúdo (Minayo, 2007) e realizada por um único entrevistador.

As observações foram realizadas durante três dias consecutivos, nos turnos da manhã, tarde e noite de segunda a quarta feira. Fizeram parte da observação todos os ambientes de

circulação das gestantes desde a porta de entrada, recepção, sala de exame, centro obstétrico, alojamento conjunto até a porta de saída.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, sendo aprovado com o Parecer nº 038-12/CEP-ISC. Todos os sujeitos foram informados sobre a importância, objetivos, metodologia, benefícios da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Manteve-se o anonimato dos entrevistados e o sigilo das informações.

Após a análise dos dados os resultados foram dispostos, considerando as quatro diretrizes do Plano de qualificação: garantia da vinculação da gestante a maternidade; o acolhimento com classificação de risco (ACCR); garantia de acompanhante para a mulher durante a internação desde o pré-parto, parto e pós-parto e do recém nascido e co-gestão. Além disso, as perguntas buscaram identificar as boas práticas efetivamente realizadas nos serviços, por ter sido recomendada durante o desenvolvimento do plano.

### 4.3. RESULTADOS

#### 4.3.1 Vinculações da Gestante à Unidade de Referência

Em relação à referência e ao acesso ao serviço, se identifica nas falas das puérperas que as mesmas receberam orientação, durante o pré-natal, sobre a unidade hospitalar a ser procurada no momento do parto e também informaram terem sido atendidas na primeira maternidade de sua escolha.

*“...Me informaram para procurar hospital geral ou Santa Helena, mas preferi ir para o Santa Helena por ser mais perto de casa...” Rosa*

*“...Foi assim! eu Fiz o pré natal , e a orientação foi para procurar o hospital, foi o Santa Helena.....” Margarida*

*“..Fui informada que deveria procurar hospital Santa Helena ou geral....” Violeta*

Documentos do Plano reforçam haver necessidade de maior integração entre o serviço de atendimento ao pré natal e parto para que as gestantes possam ser encaminhadas para uma maternidade já estabelecida. Chama a atenção na fala de um dos agentes que apesar de se ter contratualização definindo o recebimento de pacientes, não há cumprimento do mesmo. Pois, recebe pacientes de todas as regiões do município de Cuiabá e até mesmo de outros municípios, sem o mecanismo de regulação de leitos e vagas.

*“...na contratualização que o hospital tem com o município, ficou definido um fluxo, só que recebemos de vários municípios do estado e não vem regulada” G1*

Observa-se na prática que, apesar da região não dispor de um sistema de regulação obstétrica, há um fluxo para atendimento à atenção ao parto, mas transfere para a mulher a responsabilidade de procurar o local de parto, não dando garantia de ter local assegurado.

#### 4.3.2 Acolhimento com Classificação de Risco

Na sala de exame foi observado que havia cartaz na parede com informações sobre acolhimento, a classificação de risco e indicação das prioridades de atendimento através de cores, sendo vermelha a prioridade máxima com atendimento imediato; laranja prioridade II com atendimento em até dez minutos, amarelo com prioridade III urgente e atendimento em até trinta minutos; verde com prioridade IV e atendimento em até sessenta minutos e azul com prioridade V não urgente e atendimento em até 4 horas. Apesar de a informação ter sido disponibilizada não foi observado, durante a fase de observação e nas falas dos diferentes sujeitos, o atendimento das gestantes seguindo esse protocolo. As gestantes foram atendidas por ordem de chegada. Também foi apontado que essa diretriz não se encontra bem articulada e que por motivos de estrutura física, o mesmo não teve continuidade.

*” ....O acolhimento teve que parar por conta da reforma e já estamos organizando para recomeçar... ”. (A)*

*“...o acolhimento começou e parou...” (B)*

#### 4.3.3 Direito ao Acompanhante no Pré-Parto, Parto e Pós-Parto.

Durante o período de observação desse estudo, nenhum dos acompanhantes teve permissão para entrar no centro obstétrico e apenas uma pessoa recebeu informação sobre condição da parturiente no pré-parto. Na porta as mulheres se despediam dos familiares mostrando angústia e choro levando seus pertences e entregando outros por a instituição não permitir que entre. Observou-se que não havia nenhum envolvimento dos profissionais em garantir o direito ao acompanhante e nem mobilização dos acompanhantes em cobrar esse direito.

Também foi verificado que há opiniões controversas em relação a esse tema. Observou-se que em alguns casos há indícios de resistência na sua concretização, especialmente por alguns profissionais médicos que denotavam possuir receio e ideias negativas pré-concebidas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento.

*“A questão do acompanhante ainda tem dificuldades com alguns médicos que não permitem a entrada da família na sala de parto”.*(M)

*“Acompanhante no pré-parto funciona parcialmente, em algum caso depende da autorização do profissional médico.”*(E)

*“Para mim não tem nenhum problema em garantir o acompanhante, deixo entrar para assistir o parto”* (E)

*“É uma lei e tem que ser garantido, mas os acompanhantes precisam ser preparados para estar na sala de parto”* (D)

Outra questão que parece influenciar essa ação refere-se ao espaço físico da Maternidade. A falta de espaços físicos adequados e suficientes devido ao problema de superlotação também é barreira de garantia de acompanhamento da gestante.

*“.....Só que em relação ao acompanhante, fica difícil garantir pela condição da maternidade que só vive lotada, o espaço físico pequeno”.* (E).

*“...Eu pedi, mas falaram que não pode! que tem bastante médico a sala é pequena. Eu queria inclusive ter filmado aí a doutora falou que não podia, não é porque ela não queria e que era uma norma que não pode” Violeta”*

A pesquisa mostrou que há limitações em relação ao acompanhamento da gestante na maternidade. A equipe técnica indica que apesar da possibilidade de acompanhamento durante o pré-parto e parto esse sofre influência do espaço físico inadequado bem como da autorização do médico, revelando-se em muitas situações através de uma atitude autoritária do profissional que tem sob seu cuidado a parturiente. Apesar da necessidade percebida e indicada pela gestante por esse acompanhamento a mesma mostra-se pouco efetiva ou quase inexistente na rotina.

Outro aspecto relatado se dá pela pouca ou nenhuma oportunidade de escolha por parte da gestante em relação ao seu acompanhante, visto que apesar do consentimento para acompanhamento de algumas delas durante o seu período de permanência na maternidade, esse só poderia ser realizado por alguém do sexo feminino. Reforça-se nessas falas a inexistência de autonomia e garantia de seus direitos estabelecidos em lei.

*“ Tive direto ao acompanhante, minha mãe que ficou comigo. Falaram que podia ser só mulher para acompanhar.” Hortência*

#### 4.3.4 Cogestão

Quando indagados sobre a cogestão, ficou evidente que os sujeitos entrevistados não têm um entendimento claro sobre essa diretriz, confundindo com as rodas de conversa . Isso pode ser constatado nos seguintes depoimentos:

*“As rodas de conversa, proporcionou uma melhor integração entre a equipe” (P)*

*“...é importante fazer as reunião para discutir os problemas do hospital.”(P)*

*“A questão de cogestão.... já começamos as reuniões só falta ter participação mais efetiva dos profissionais” (G)*

Observa-se haver pontos de fragilidade e dificuldades na implantação dessa diretriz que se apresenta incipiente no âmbito do hospital, uma vez que há pouca adesão dos profissionais.

#### 4.3.5 Boas Práticas ao Parto e Nascimento

Em relação às boas práticas ao parto e nascimento, foram observados procedimentos invasivos como a amniotomia, episiotomia, cauterização venosa e cesárea, indicando que a prática obstétrica está em descompasso com as recomendações do plano que são fundamentadas em evidências científicas. Na observação em campo pode-se constatar que essas práticas estavam sendo realizadas.

Este descompasso também se reflete na ausência de ações para o conforto da mulher, como as práticas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. As altas taxas de intervenções encontradas, durante o período de observação, revelam um vício de conduta, com procedimentos que só deveriam ser feitos com indicação precisa que passam a ser realizados de forma rotineira. Ou seja, a observação durante a rotina da sala de parto evidenciou pouca adesão de boas práticas. Apesar da estrutura física da sala de parto apresentar condições para o parto humanizado, isso se mostrou dependente da escolha de cada profissional médico.

*“...tem práticas que está sendo feito outras não. Depende dos profissionais médicos”.*

*(E)*

*...mas na sala de parto, os obstetras já está adotando boas práticas ao parto, a dieta da parturiente é liberada, na sala de parto tem bola, material para massagem, banquinho. Tudo isso está sendo utilizado aqui no hospital. (M)*

## 4.4 DISCUSSÃO

O Plano de Qualificação das Maternidades (MS,2008) propõe que sempre deve haver vaga para a gestante e seu acesso deve ser garantido. Além dessa garantia, a vinculação para o parto é uma oferta e não se sobrepõe ao direito de escolha da mulher. O sistema deve se organizar e fazê-lo de maneira regionalizada, priorizando o serviço de saúde mais próximo à casa da gestante.

A vinculação da gestante com a maternidade na qual será realizado o seu parto é um direito das mulheres assistidas pelo SUS, garantido pela Lei nº. 11.634 de 27 de dezembro de 2007, e tem como um de seus objetivos evitar a peregrinação das gestantes no momento da internação para assistência ao parto. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, parte das gestantes peregrina até encontrar uma vaga em hospital, sendo que a grávida e o bebê ficam mais expostos a riscos.

Importante salientar a capacidade de ação da rede básica de saúde, sendo o pilar estratégico de inserção e acompanhamento da gestante e do bebê, como também de articulação com o restante do sistema de saúde. Nessa perspectiva, a maternidade passa a uma condição de retaguarda, suporte e referência para o cuidado integral e resolutivo. Integralidade que é baseada na primazia das ações de prevenção, promoção e recuperação com a garantia de atenção nos três níveis de complexidade. Teoricamente, essa integração significa coordenação e cooperação entre os serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde com a interrelação entre organizações e atores, mas reconhecendo que nenhum nível de atenção sozinho possui em sua totalidade os recursos e competências necessários para a resolução dos problemas de saúde de uma população. Torna-se indispensável, desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. ( HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004)

A implantação do PSF em Cuiabá se deu em 1996 e apresenta, segundo dados da DAB (2012), para o ano de 2011 uma cobertura populacional de 38,81%. Canesqui e Spinelli (2008) ao analisarem aspectos sobre o processo de implantação do PSF em algumas cidades de Mato Grosso, verificaram que em Cuiabá, além da baixa cobertura do PSF, os problemas com a concentração demográfica, a migração, os problemas de saúde desafiam a organização do PSF e são fatores que afetam o acesso da população aos serviços de saúde. Ao discutir especificamente a relação da vinculação dessas gestantes a uma referência é inequívoco que há baixa cobertura e pouco acesso das gestantes às unidades básicas de saúde para realização

do pré-natal, por isso, não há como garantir essa vinculação. Apesar das entrevistas mostrarem esse reconhecimento por parte das gestantes, há de se pensar naquelas que não tiveram essa referência da atenção básica e que vagam pelos hospitais até conseguir vaga de atendimento.

Outra diretriz importante do plano refere-se ao acolhimento dessa gestante. Ele se baseia numa escuta sensível, com responsabilidades na resolução de problemas e demandas, reconhecendo o protagonismo dos sujeitos através de postura ética. (PNH, 2009)

As observações realizadas na pesquisa refletem questões importantes e pontam indícios de que o ato de acolher é influenciado pelas condições físicas dos seus espaços, acarretando a sua descontinuidade. Para Merhy (2005) o acolhimento pode ser definido como um “não lugar”, estando relacionado ao encontro entre o trabalhador e o usuário, operando nesse momento o trabalho vivo, em ato. Para autores como Silva Júnior e Mascarenhas (2006) o acolhimento é influenciado por questões subjetivas e individuais e significados velados.

Essa limitação de espaços e subjetividades existente em diversos serviços de saúde, exige que os profissionais de saúde flexibilizem o seu fazer de acordo com as necessidades de saúde, ampliando seu espectro de ação. Entretanto, a própria formação biologicista de muitos profissionais dificulta o processo de trabalho que se volta para a lógica instrumental, em detrimento de abordagens mais relacionais (CAVALCANTE et al, 2009)

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um marcador que permite a garantia de acesso, e concretização do princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento (MS, 2008). Extrapola o espaço da gestão, sendo decisiva na reorganização da atenção, influenciada por questões da micro e macropolítica (NEVES; ROLLO, 2006). Pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta forma, há uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, se distanciando do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Outro aspecto que apresentou fragilidade em sua implantação foi o direito a um acompanhante durante o pré-parto e momento do parto. Apesar de garantido pela Lei 11.108/2005, ficou evidente que atitudes isoladas de resistência à ideia do acompanhante no

parto necessitam ser trabalhadas e revertidas, visto que o conjunto de profissionais deve compreender o seu benefício.

Segundo Domingues (2002), todos os fatores que dificultam o processo de inserção do acompanhante no parto precisam ser adequadamente avaliados previamente à sua implementação. Sobretudo as crenças, valores que os profissionais possuem inclusive suas dúvidas relativas à efetividade da presença do acompanhante no parto, devem primeiramente ser trabalhadas e superadas, porque elas podem colocar em risco o êxito do empreendimento.

A presença desses novos sujeitos, acompanhantes de trabalho de parto e parto, pode provocar reações positivas e negativas nos profissionais, sendo que alguns são mais receptivos e estimulam a sua participação, e outros se sentem invadidos e questionados (FLORENTINO,2003). Apesar de alguns profissionais demonstrarem certa abertura para aceitar a presença do acompanhante no parto, o que se observa é que esta prática está envolta por sentimentos de apreensão e contribui para que os acompanhantes permanecessem afastados do processo de nascimento e parto .

Vários estudos científicos comprovam que a presença de uma acompanhante por ocasião do parto contribui para que o mesmo transcorra seguro, trazendo diversos benefícios a mãe e ao filho (ELLEN HODNETT, 2000; DOMINGUES, 2000; DINIZ, 2001; DOMINGES, 2000). Cabe ressaltar que os trabalhos de revisão sistemática, empreendida para a Biblioteca Cochrane (2000), mostram que o direito ao acompanhante diminui as taxas de cesárea, diminui a duração do trabalho de parto, diminui os pedidos de anestesia, além de ajudar a evitar a depressão pós-parto e influenciar positivamente na formação dos laços afetivos familiares.

No Brasil, apesar de seu caráter obrigatório e reconhecido em lei específica, a grande maioria das maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não permite a presença de acompanhante durante o parto e o nascimento. Uma das queixas frequentes de mulheres de camadas populares e médias acerca de suas experiências de parto é o isolamento em relação aos seus entes queridos e a desatenção ou abandono por parte da equipe profissional, o que tem sido considerado como manifestação de violência institucional e uma violação do direito humano (DENIZ, 2001). Segundo Enkin (2000) a aceitação dos homens, maridos ou companheiros, como acompanhantes no parto é ainda mais difícil.

Segundo o documento Pré-natal, Parto e Aborto – Atenção Humanizada à Mulher - o processo de humanização do nascimento inclui a possibilidade de um acompanhante à

parturiente “numa mudança de atitude dos profissionais de saúde, que devem rever seus preconceitos buscando favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher”. Coloca que as Instituições devem se envolver neste processo de mudança de práticas e que devem estar estruturadas e preparadas, incentivando, estimulando, treinando e controlando seus profissionais para o desempenho destas tarefas. Além disso, devem estar administrativa e estruturalmente preparadas para este processo, amparadas e suportadas por normas e diretrizes emanadas pelas instituições responsáveis pela saúde no país. Neste contexto reafirma seus esforços no sentido de estimular e propiciar a introdução destas novas práticas nas maternidades brasileiras (MS, 2010).

Para isso, a maternidade precisa de gestão participativa, ética e atuante. Deve representar o pensar coletivo, evitando excessos e corporativismos (Brasil, 2004). Significa ter 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. Representa a inclusão de novos sujeitos na análise de contextos e problemas e na tomada de decisão (Brasil, 2009).

O novo modelo de gestão sugere que usuários e clínicos façam parte da gestão em todas suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores. Também assegura ao paciente/usuário a condição de sujeitos com autonomia e poderes relativos.(Brasil 2004).Segundo estabelece a cartilha da Política Nacional de Humanização – SUS, para implantação da cogestão é necessário que o colegiado gestor de uma unidade seja composto por todos os membros da equipe ou por seus representantes.O grande desafio que se coloca, para consolidar a cogestão e que os profissionais envolvidos, estejam dispostos e abertos a participar das reuniões.

Em relação à boas praticas ao parto e nascimento foram observados procedimentos invasivos durante o parto e ausência de ações para o conforto da mãe durante o parto. Segundo a OMS, essas práticas podem ser classificadas como “prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Para Diniz (2001) isso aumenta a possibilidade de ocorrência de iatrogênias e demonstra a necessidade que os profissionais têm de intervirem na intenção de assumir o “controle” dos acontecimentos fisiológicos que ocorrem durante o trabalho de parto.

Apesar da proposta de humanização do parto sofrer influência direta de modelos institucionais, a implantação efetiva da humanização do parto estará sempre mais dependente

da relação entre a mulher e o profissional, do que de uma diretriz institucional (DESLANDES, 2004). Concretiza-se quando ela pode participar da decisão a respeito dos procedimentos invasivos ou não a que será submetida (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

O que se observa é que apesar do hospital ser majoritariamente do SUS , a sua organização é sustentada na prática por um modelo tradicional. Incorporar um novo modelo de assistência ao parto e nascimento que reduza as intervenções desnecessárias, requer capacitação contínua às equipes, discussão com as bases, limites, abrangência e os elementos favoráveis a novas práticas. Para Griboski e Guilhem( 2006) a viabilidade de implantação de um programa, ou mesmo de uma política, perpassa pela necessidade dos profissionais de saúde se adequarem ao novo paradigma de assistência. Para isso, torna-se necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores, até a melhoria da infraestrutura hospitalar e das condições de trabalho no atendimento à mulher.

#### **4.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Plano de qualificação das maternidades prevê ações para melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e a criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e de implementação de boas praticas de atenção ao parto e nascimento incluindo o acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, e o direito ao acompanhante a mulher de livre escolha durante o parto. Ao analisar essas diretrizes nesta pesquisa, ficou claro que há um longo caminho a ser percorrido para consolidar as diretrizes propostas pelo plano. Observou-se que os profissionais reconhecem a necessidade da mudança de paradigma em relação ao parto e nascimento, mas enfrenta a desorganização do acesso aos serviços, a fragmentação dos processos de trabalho na maternidade; a fragilidade do diálogo e da interação entre os profissionais, os gestores e o desrespeito aos direitos dos usuários.

Nas falas, os entrevistados revelam a complexidade dos desafios embutidos na proposta, ficando evidente que para conseguir a humanização da assistência ao parto na maternidade, a mesma requer várias mudanças relacionadas à organização de uma assistência de acordo com a política de humanização. Deve garantir um sistema de referência que resguarde a vaga para o parto desde o início da gravidez, a presença do acompanhante da

mulher durante o trabalho de parto e parto e que isso não dependa de preferência individual dos profissionais, reduzir as intervenções durante o parto, romper com estrutura física tradicional, tornando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas e principalmente ampliando a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos.

Apesar da limitação desse estudo, se evidenciaram fragilidades nas implantações das diretrizes. Mas por outro lado, essas observações podem ser traduzidas em potenciais de reflexão e investimentos, visando atingir objetivo que é uma assistência humanizada e qualificada ao parto e nascimento.

Deste processo fica explícita a necessidade de trabalhar junto às gestões e aos profissionais de saúde, principalmente da ginecologia e obstetrícia que atuam no parto, uma maior adesão acerca da importância de adotar boas práticas e a necessidade de um trabalho de sensibilização junto aos profissionais de forma contínua e sistemática, considerando-se que em geral há uma longa distância entre a compreensão da importância de realização de procedimentos mais humanizados e a efetiva incorporação dessa prática de forma rotineira.

#### 4.6 REFERÊNCIAS

A. M. CANESQUI, A.M; E SPINELLI, M. A. S . A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.24, p. 862-870. abr, 2008.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Rev Bras Ciênc Soc.**, v. 31, p.44-66, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/02 :portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ambiência.** 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Pacto para redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Plano de qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal no nordeste e amazonia legal,** 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011, **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Rede Cegonha.**

\_\_\_\_\_. **DAB. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em 30, dez., 2012.**

\_\_\_\_\_. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial [da] União,** Brasília, DF, 08 de abr. de 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde recebera assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**. Brasília: DF, 27 de dez. 2007.

\_\_\_\_\_. N. 2.418 de 2 de dezembro de 2005. **Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Oficial [da] União Diário**, Brasília: DF, 06 de dez. 2005

BORBA, A. S.; BRANDIM, M.R.R.; NOGUEIRA, N.N. **Análise situacional da assistência obstétrica e perinatal em maternidades de Teresina**. Teresina: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2001.

BARBASTEFANO, P.S. **O acesso para Assistência ao Parto Para gestantes nas maternidades da rede SUS-RJ**. 2009 Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio à reorganização do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro, Rev Ciência & Saúde Coletiva. 1999;

\_\_\_\_\_. **Um método para análise de co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec; 2000.

\_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, ago. 2010 .

\_\_\_\_\_; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing care. *Interface - Comunic.*, **Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009.

CARRARO, T.E ET AL. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, Rio de Janeiro, v.15, p. 97-104, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11.pdf>>. Acesso em: 13/12/2012.

DIAS, M.A.B.astos; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005 .

DIAS, M. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006, Tese (doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Ensino e Pós Graduação em Saúde da mulher e da Criança, 2006

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

LEAL.M.C.; GANA,S.G.M.; CUNHA,C.B. Desigualdades raciais sociodemográficas e na assistência pré natal e ao parto,1999-2001 **Revista de Saúde Pública; Journal of Public Health**, São Paulo, v.39 2005.

Longo, C.S.M; Andraus, L.M.S. Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n.2, p. 386-91. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>.. Acesso em: 29 jan. 2013.

<http://noticias.r7.com/saude/sus-64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-28012013> Acesso em 28/01/2013.

MALTA, D. C. et al . Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, dez. 2007 .

MERHY, E.E. **Aula da especialização em saúde coletiva**. Aracaju: Universidade Estadual de Sergipe, 2005. (Videoteca do Centro de Educação Permanente da Saúde,12 ago. 2005).

Martins, C. A et al. **Casas de parto**: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Rev. Eletr. Enf.** v. 7, n, 3, p. 360-365. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/revisao\\_03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_03.htm). > Acesso em : 30 jun. 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.11, n.4, p. 415-425. 2011.

Nakano, A.M.S. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul. Enferm.** 2007.

REIS, A. E. dos; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013.

RATES S.M.M.; CAMPOS G.W.S. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: ARAÚJO GF; RATES SMM. **Co-gestão e humanização na saúde pública**: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma, 2008

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj /Abrasco, 2006. p.241-257.

HARTZ, M. A., CONTANDRIOPOLOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, 2004. Suplemento 2.

**APÊNDICE**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTAS INFORMANTES CHAVE**

1-Gestor

- 1) Há quantos anos você trabalha aqui?
- 2) Descreva as atividades que você desenvolve
- 3) Você conhece os principais objetivos do plano de qualificação das Maternidades?  
Quais são eles?
- 4) Você conhece as diretrizes do plano?Quais são elas?
- 5) O que está sendo feito do que foi proposto?
- 6) Quais dessas diretrizes você considera que está devidamente funcionando?
- 7) Em sua opinião, quais os principais resultados do Plano observados por você?
- 8) Que fragilidade você observa na operacionalização do plano?
- 9) Enquanto gestor quais foram as principais dificuldades em relação à operacionalização do plano?
- 10) Quais seriam as suas principais recomendações para o Plano.
- 11) Como você vê a sua contribuição na execução do plano?

2-Profissional,

- 1) Qual é a sua formação?
- 2) Há quantos anos você trabalha aqui?
- 3) Descreva as atividades que você desenvolve.
- 4) Você conhece os principais objetivos do plano de qualificação das Maternidades?  
Quais são eles?
- 5) Você conhece as diretrizes do plano? Quais são elas?
- 6) O que está sendo feito do que foi proposto?
- 7) Quais dessas diretrizes você considera que está devidamente funcionando?
- 8) Em sua opinião, quais os principais resultados do Plano observados por você?
- 9) Que fragilidade você observa na operacionalização do plano?
- 10) Quais seriam as suas principais recomendações para o Plano
- 11) Qual a sua contribuição para que os planos já executado?

### 3- Usuários

- 1) Quantos partos você teve?
- 2) Caso já tenha partos anteriores, em qual maternidade teve seu filho?
- 3) Onde você fez seu Pré-Natal dessa gravidez?
- 4) Por que você procurou essa maternidade para ganhar seu filho?
- 5) Você sabe que a maternidade está participando do Plano de Qualificação das Maternidades?
- 6) Você recebeu orientações no pré-natal quanto aos seus direitos?
- 7) Quando você estava fazendo o pré-natal, foi informada da maternidade onde teria seu filho (a)?
- 8) Você percebeu alguma diferença no atendimento da maternidade?
- 9) Que tipo de parto você teve?
- 10) Você teve acompanhante, no pré-parto, parto e puerpério?
- 11) Que recomendação você faria para essa maternidade?

### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

Local:

- a) Detalhes da estrutura do local da porta de entrada
- b) Detalhes da estrutura do local do centro obstétrico
- c) Detalhes da estrutura do alojamento conjunto
- d) Descrever a mulher no trabalho de parto
- e) Detalhes da mulher no Alojamento conjunto
- f) Observação do tempo de espera da mulher a partir do momento de entrada na maternidade até o primeiro atendimento.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ R.G: \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente e que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa intitulada “Avaliabilidade do Plano de qualificação das maternidades do Nordeste e Amazonia legal” desenvolvida pela aluna Noise Pina do Mestrado Profissional em Saúde Pública promovido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Afirmo que fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e aceitei participar por minha própria vontade sem receber qualquer incentivo financeiro. O estudo não apresenta possibilidade de dano ao ser humano em qualquer etapa de sua condução. A qualquer momento poderei desistir de continuar a entrevista e só responderei às perguntas que desejar. E fui esclarecido (a) que as informações por mim oferecidas permanecerão estritamente confidenciais. O meu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que meu nome jamais será identificado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

---

**NOISE PINA MACIEL**

Pesquisadora

Tel- 65 99823138

---

Entrevistado

**ANEXOS**



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER Nº 038-12 / CEP-ISC**

**Registro CEP:** 040-12/CEP-ISC

**Projeto de Pesquisa:** "Avaliabilidade do plano de qualificação da atenção em maternidades do nordeste e amazonia legal: o caso de um hospital filantrópico."

**Pesquisador Responsável:** Noise Pina Maciel

**Área Temática:** Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em reunião extraordinária no dia 26 de junho de 2012, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

**Situação:** APROVADO

Salvador, 28 de junho de 2012.

  
Maria da Conceição Nascimento Costa  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia



HOSPITAL BENEFICENTE  
**SANTA HELENA**

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social  
Portaria SAS nº 903 de 15/12/2011

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Diretor Clínico do Hospital Beneficente Santa Helena, autorizo a realização da pesquisa **AVALIABILIDADE DO PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM MATERNIDADES E REDE PERINATAL NO NORDESTE E AMAZONAS LEGAL/CUIABÁ-MT**, na instituição que dirijo, da autoria da aluna Noíse Pina Maciel, orientada pelo prof<sup>a</sup>. **Andreia Cristina Leal Figueiredo**, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

Cuiabá, 11 de Abril de 2012



**Dr. Ricardo Saad**  
Diretor Clínico

Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 400 – Bairro Araés – CEP: 78005-505  
Fone: (65) 2123-0300 – Fax: (65) 3621-1601 – e-mail: [sbsh@terra.com.br](mailto:sbsh@terra.com.br)  
Cuiabá - MT