

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

RENATA MARIA CAVALCANTI LEMOS

**CONTRAPOSIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À REALIDADE
DO ATENDIMENTO À GESTANTE EM PERNAMBUCO**

**RECIFE
2016**

RENATA MARIA CAVALCANTI LEMOS

**CONTRAPOSIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À REALIDADE
DO ATENDIMENTO À GESTANTE EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -Graduação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira

**RECIFE
2016**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me amparar nos momentos difíceis e me mostrar o caminho a seguir nas horas incertas;

À UFPE, por todas as oportunidades na minha formação. Aqui nasci e sigo crescendo;

À minha orientadora, professora Michelle Fernandez, por me mostrar o caminho da pesquisa, pela sua disponibilidade em todos os momentos e por não me deixar desanimar;

Ao professor Enivaldo Rocha, pela sua dedicação ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política da UFPE e pela sua solicitude em todas as etapas do desenvolvimento desta dissertação;

Aos professores do Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política da UFPE, que são parte desta dissertação;

Ao professor Bruno Severo, pela sua valiosa contribuição na etapa da qualificação do projeto;

Aos meus pais, Tânia e Valter, meus primeiros incentivadores; sempre acreditando em mim e me encorajando a perseguir meus objetivos;

Ao meu esposo, Fábio, que esteve ao meu lado, apoiando-me sem reservas, nessa travessia que parecia não ter fim. Obrigada, meu amor!

Aos meus filhos, Rafael e Pedro, que são a razão pela qual busco viver a ética e a dignidade;

A Maria do Carmo Juliano, amiga de todas as horas, pela sensibilidade e motivação grandiosa;

Às queridas amigas, Maria José Mesquita e Nadja Ferreira, pelo apoio e afeto que me impulsionaram a iniciar no Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas;

A todas as mulheres e profissionais que participaram do estudo, contribuindo na minha busca de saberes em direção à atenção integral à saúde da mulher;

Por fim, o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta Dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência dos motivos alegados por 239 parturientes para busca de assistência ao parto – UFPE, 2016.....	39
Tabela 2 - Variáveis relacionadas à assistência ao parto e tempo total de espera para transferência para outra maternidade relatado por 239 parturientes – UFPE, 2016.....	40
Tabela 3 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo Regiões de procedência – HC 2016.....	41
Tabela 4 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo condições de nascimento do concepto – HC 2016.....	42
Tabela 5 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo condições do parto e do neonato – HC 2016.....	43
Tabela 6 – Relação entre local de espera para o parto e local da entrevista – HC 2016.....	42
Tabela 7 – Relação entre local de espera para o parto e características do neonato – HC 2016.....	43
Tabela 8 – Relação entre características do neonato e local da entrevista após o parto – HC 20.....	43
Tabela 9 – Relação entre características do neonato e seu local de internação– HC2016.....	47
Tabela 10 – Distribuição das características dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	50
Tabela 11 – Distribuição de médias e desvios-padrão do tempo de formação dos profissionais de saúde entrevistados.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de classes etárias de 239 gestantes atendidas na Maternidade da UFPE – 2016.....	37
Gráfico 2 – Distribuição do número de gestações e de partos das 239 gestantes atendidas na Maternidade da UFPE – 2016.....	38
Gráfico 3 – Distribuição dos tempos decorridos entre internamento e parturição, segundo Apgar do concepto – HC – 2016.....	40
Gráfico 4 – Distribuição da diferença entre capacidade utilizada e instalada em centro obstétrico, alojamento de alto risco, alojamento conjunto e enfermaria de puerpério segundo frequência em quatro meses – dezembro de 2015 a março de 2016.....	45
Gráfico 5 – Distribuição da diferença entre capacidade utilizada e instalada em expectativa/pré-parto e recuperação anestésica segundo frequência em quatro meses – dezembro de 2015 a março de 2016.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores que afetam a implementação de política pública.....	22
Figura 2 – Posicionamento da avaliação de implementação no ciclo de política pública.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

PAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH - Política Nacional de Humanização

PR - Política de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

% - percentual

N – número de participantes

h - horas

RESUMO

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher preconizam humanização da assistência e regulação de leitos em maternidades para prestação de atendimento. Para analisar a rede de fatores sociais, econômicos e políticos determinantes da disponibilidade de leitos visando à humanização do parto em hospital universitário, com foco na atenção primária e secundária, foi realizada análise de implementação, descritiva, prospectiva, quali-quantitativa, empregando pesquisa documental e entrevista, na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A população foi formada por 239 gestantes que, por busca espontânea ou encaminhamento, foram atendidas e pariram no local do estudo, no período de 2010 a 2015, assim como profissionais de saúde envolvidos nesses atendimentos (três médicos obstetras; três enfermeiros e três técnicos de enfermagem), no período de 16 de dezembro de 2015 a 29 de março de 2016. Para as gestantes, foram considerados critérios de inclusão ser maior de idade ou emancipadas por casamento ou união estável, ter ocupado leito no período de dezembro de 2015 a março de 2016 para parturição no local de estudo, independente da condição de sobrevivência do concepto e estar ainda em internamento, à época da coleta de dados. Foram considerados elegíveis os profissionais de saúde em serviço no período da coleta de dados, exercendo função de enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico obstetra, independente do regime de trabalho ser diurno, noturno, em plantão ou na rotina diária. Os instrumentos de coleta foram protocolos de entrevista aplicados a gestantes e profissionais de saúde, bem como relatórios de número de leitos emitidos pela Secretaria de Saúde. Dentre as 235 (98,3%) mulheres com registro desse dado, a média de idade foi igual a 27 (desvio-padrão = 6 anos) com maior frequência de atendimento na segunda década de vida. A primiparidade e a secundiparidade foram mais frequentes que a primi e secundigestação. O motivo mais frequente de busca por assistência obstétrica foi aumento da pressão arterial e presença de sinais de início de trabalho de parto. Não houve associação da região geográfica de procedência da gestante, da depressão respiratória do neonato ($F=0,760$; $p=0,384$), da presença de líquido amniótico meconial ($F=1,478$; $p=0,230$) ou com o tempo decorrido do internamento ao parto. Houve associação significativa entre o internamento materno em outros locais que não a enfermaria de obstetrícia e o internamento do neonato em unidade neonatal ($p<0,001$). Quanto ao número de leitos, a variação de disponibilidade de leitos foi de um a 11 leitos, mas a de superlotação igualou-se a um a 22 leitos. Concluiu-se que indisponibilidade de leitos contribuiu para a perda de qualidade e a desumanização na assistência ao parto e puerpério.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Assistência ao Parto. Implementação de Programa de Saúde.

ABSTRACT

Public policies related to women's health advocates humanization of assistance and regulation of hospital beds for promptness of care. To analyze the network of social, economic and political factors, determinants of beds availability aimed at humanization of birth in a university hospital, focusing on primary and secondary care, descriptive, prospective, qualitative and quantitative implementation analysis was performed, using documentary research and interview at the Hospital das Clínicas of Federal University of Pernambuco. The population was formed by 239 pregnant women who, by spontaneous or referencing search, were met and gave birth at the study site in the period 2010-2015, as well as health professionals involved in these consultations (three obstetricians, three nurses and three nursing technicians) in the period from December 16, 2015 to March 29, 2016. For pregnant women, inclusion criteria were aging 18 years old or considered emancipated by marriage or stable union; internment to parturition in the study site from December 2015 to March 2016, regardless of the conceptus survival condition and be still in hospital at the time of data collection. Health workers were eligible if exercising nurse, nursing technician or obstetrician function, within the period of data collection, regardless to dayly, night, on call or daily routine work scheme. Collection instruments were interview protocols applied to pregnant women and health professionals, as well as reports of number of beds issued by the Health Department. Among the 235 (98.3%) women with aging data, the average age was 27 (standard deviation = 6 years) with higher frequency of service in the second decade of life. Primiparity and second gestation were more frequent than the primary or second gestation. The most frequent reason for searching for obstetric care was increased blood pressure and the presence of labor initiation signals. There was no association of geographic region of the pregnant woman's origin, respiratory depression of neonate ($F = 0.760$; $p = 0.384$), presence of meconium-stained on amniotic fluid ($F = 1.478$, $p = 0.230$) or elapsed relocation time to delivery. There was a significant association between maternal hospitalization in places other than the obstetrics ward and hospitalization of the newborn in the neonatal unit ($p < 0.001$). As the number of beds, the change in availability of beds was one to 11 beds, but the overcrowding equaled one to 22 beds. It was concluded that the unavailability of beds contributed to the loss of quality and dehumanization in childbirth and postpartum.

Keywords: Public Policy. Childbirth assistance. Health Program Implementation

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Ciclo de definição de políticas públicas.....	15
2.2	Avaliação de políticas públicas.....	17
2.3	Avaliação de implementação de política pública.....	21
2.4	As Políticas Públicas relacionadas à assistência ao parto e ao puerpério.....	24
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1	A coleta de dados.....	34
3.2	Análise estatística.....	35
3.3	Aspectos éticos.....	36
4	AVALIANDO A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO À GESTANTE EM PERNAMBUCO.....	37
4.1	Caracterização das parturientes.....	35
4.2	Detalhamento das condições de transferência.....	37
4.3	Condições de atendimento na maternidade do Hospital das Clínicas.....	40
4.3.1	Tempo decorrido entre o internamento e parto.....	40
4.3.2	Relações com a localização da mulher antes e após o parto.....	44
4.4	A disponibilidade de leitos de Obstetrícia no local de estudo.....	47
4.5	Os profissionais de saúde e suas avaliações.....	50
5	CONCLUSÕES.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICES.....	64
	ANEXO – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	72

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 2012), ao reconhecer saúde como direito de todos e dever do Estado e criar o Sistema Único de Saúde (SUS), originou nova ordem social. O SUS, em sua concepção, ao estabelecer como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, instituiu um processo gerencial que reunia todos os serviços públicos nas esferas pública (federal, estadual e municipal) e privadas de saúde, admitindo que deveriam ser desenvolvidas ações de promoção, prevenção e restauração de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, ou seja, incluída a reabilitação de doenças (SILVA; LAPREGA, 2005).

A vivência do SUS e os resultados não exitosos em reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, as filas de espera e as barreiras derivadas da insuficiência de financiamento, fizeram com que o Ministério da Saúde publicasse normas que buscavam favorecer considerar o cidadão como parceiro na construção de serviços com eficiência, flexibilidade e credibilidade no cuidado em saúde (SECCHI, 2013). Significa dizer que o Ministério da Saúde tem buscado, nos 27 anos que transcorreram desde a regulamentação do SUS, a mudança do paradigma de cidadãos receptores de cuidados em saúde para atores sociais no processo do cuidar.

Como parte da mudança paradigmática, foi lançada, em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe uma nova forma de gerir e cuidar da saúde, atuando no conjunto de relações entre profissionais e usuários. Essa política reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, ao mesmo tempo em que propõe outros princípios na busca por um SUS mais resolutivo e de qualidade (DESLANDES, 2004). A PNH defende que se abandone a perspectiva reducionista e curativa do paradigma biomédico, que enxerga no indivíduo exclusivamente uma doença, para ampliar e fortalecer a concepção de saúde como produção social, histórica, econômica e cultural.

A PNH não possui Portarias que a regulamentem ou normatizem, porém, seu caráter transversal permite que tais princípios, diretrizes e dispositivos se encontrem presentes nas legislações das demais políticas, áreas técnicas e departamentos

(BRASIL, 2011a). Assim sendo, a Política considera o atendimento deverá nortear-se pelo respeito, sem discriminação de qualquer espécie, com enfoque na humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014).

Um dos focos de atenção dessa mudança de paradigma tem sido o atendimento a gestantes, tanto na atenção primária, quanto em nível hospitalar, consubstanciada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011b).

No que concerne ao período gravídico, essa política dedica especial atenção, admitindo que o cuidado à gestante, além de ser um direito da mulher, é um fenômeno social na medida em que atua como um dos fatores determinantes do futuro da Nação.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde admitiu que a indisponibilidade de leitos poderia ser um fator com alto impacto negativo sobre a taxa de mortalidade materna e a perda de humanização no atendimento ao parto, do que derivou a Política de Regulação de Internamentos (BRASIL, 2006). Todavia, ainda em 2010, o Ministério da Saúde identificava uma dificuldade crescente de os pacientes acharem vaga para internamento nos hospitais públicos e naqueles conveniados com o SUS, apesar da existência de legislações anteriores para normatização da regulação de internamentos e leitos (BRASIL, 2006). Houve nova normatização por parte do Ministério da Saúde pela Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, convertendo em obrigatoriedade a regulação de leitos para incentivar a organização, o acolhimento e a humanização da porta de entrada do Sistema de Saúde público e privado, o que foi atendido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (BRASIL, 2010; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2014).

A Central de Regulação é “órgão regulador da assistência médica de forma a receber as solicitações de regulação, orientando e organizando o fluxo de pacientes ao sistema SUS” (BRASIL, 2010, p. 88). Suas estratégias incluem o monitoramento das escalas de plantão, do quantitativo e da procedência dos pacientes, bem como, faz visitas sistematizadas às instituições de internamento e ministra atividades de educação continuada sobre regulação. A expectativa da implementação da regulação de leitos era de humanização, que se refletiria na redução das taxas de morbidade e mortalidade, na medida em que o internamento precoce favorece melhor e mais rápida recuperação da saúde.

No entanto, ainda que haja diversas diretrizes, programas e normas disciplinadoras da atenção à saúde da mulher, na prática, tem-se verificado que os indicadores de eficiência e eficácia de atendimento não sofrem redução. As taxas de mortalidade materna e infantil não têm sofrido a redução esperada a partir da implementação das políticas de humanização ao pré-natal, parto e puerpério.

Em 2011, em face de altas taxas de mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, associada à Política Nacional de Humanização no SUS, dando ênfase ao acesso e à qualidade do cuidado à mulher, para fortalecer a garantia de assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política de Regulação se encontram na fase de implementação no ciclo das políticas públicas. Sofrem adequações por meio de novos programas e novas ferramentas, mas precisam ser avaliadas no que se refere ao atendimento ao parto no âmbito do SUS. Essa incompletude de políticas públicas convida a questionar se as premissas preconizadas na Política Nacional de Humanização como na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher têm no processo de regulação de leitos uma barreira para sua implementação, tomando como exemplo um hospital universitário ?

A resposta a essa questão norteou a presente Dissertação e suscitou admitir como hipóteses que a disponibilidade de leitos limita a humanização do atendimento a gestantes no momento do parto, ao mesmo tempo em que é limitada por inadequação gerencial e insuficiência de investimentos no setor, que desrespeitam as políticas de humanização e de atenção ao parto e puerpério.

Para investigar essas hipóteses, admitiu-se como objetivo geral da dissertação analisar a rede de fatores sociais, econômicos e políticos determinantes da disponibilidade de leitos visando à humanização do parto em hospital universitário, com foco na atenção primária e secundária. Esse objetivo está detalhado em quatro objetivos específicos, quais sejam:

- Avaliar a disponibilidade de leitos para parto, em maternidade universitária pública federal;
- Identificar os investimentos, feitos em maternidade universitária pública federal, para disponibilização de leitos para parto;

- Identificar a trajetória das parturientes na busca de leito em maternidade universitária pública federal, no período pré-parto;
- Determinar as barreiras hospitalares para o atendimento humanizado ao parto, segundo opinião de profissionais de saúde do hospital universitário.

Esta Dissertação está composta por seis capítulos, sendo o primeiro esta Introdução. Segue-se o referencial teórico, integrando o capítulo 2, no qual estão contempladas a conceituação e a avaliação das políticas públicas para ênfase das políticas públicas voltadas à atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, base do tema deste estudo..

O terceiro capítulo esteve voltado para o detalhamento dos aspectos metodológicos da pesquisa de campo, realizada em maternidade de um hospital público de administração federal. Os resultados de tal pesquisa integraram o quarto capítulo e foram discutidos no quinto capítulo, à luz das evidências e da teoria exposta no referencial teórico. O sexto capítulo contém as conclusões emanadas da pesquisa de campo, bem como sugestões que podem auxiliar no aprimoramento do atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasar o tema desta pesquisa, é necessária a compreensão do que se deve entender por política pública, a forma pela qual é construída e avaliada, já que todo o Sistema Único de Saúde e o atendimento a gestantes e puérperas têm por base políticas públicas.

Políticas públicas não comportam uma definição única, por ser um campo de atuação multifatorial que, em última análise, compreende tudo o que os governos decidem fazer ou não fazer, ou seja, encerra o conjunto de atividades de governo que influencia diretamente a vida dos cidadãos (SOUZA, 2006). A definição de políticas públicas, por si só, não deixa ver toda a complexidade e os desafios encerrados no tema, e que surgem ao longo de sua construção e de sua implementação, mas só podem ser identificados quando da avaliação (WU et al., 2014).

2.1 Ciclo de definição de políticas públicas

As políticas públicas integram uma área do conhecimento na qual, a um só tempo, o governo recebe demandas sociais, estabelece ações e as analisa para propor mudanças no curso dessas ações, quando necessário (SOUZA, 2008).

A partir de 1971, tiveram início os primeiros estudos de análise das políticas públicas e de sua sistematização em uma sequência de etapas denominada ciclo de políticas públicas que inclui definição da agenda, formulação, implementação e avaliação (COBB; TOSSI; ROSS, 1976; SARAIVA, 2006).

A agenda é composta de uma série de temas ou problemas, surgidos tanto da sociedade, quanto dos líderes políticos ou de ambos, e se tornam alvo da atenção dos atores políticos. As demandas que alcançam alto nível de interesse público e de visibilidade passam a integrar a agenda na condição de haver reconhecimento da necessidade de atuar sobre ele, interesse político ou ainda pressão social de grupos políticos, mídia, partidos e acadêmicos que exige resposta governamental (COBB; TOSSI; ROSS, 1976; JANN; WEGRICH, 2007; KINGDON, 2006).

Uma vez identificadas, as demandas são definidas aquelas que se converterão em políticas públicas, o que exige emprego de premissas técnicas para definição da alternativa mais apropriada e decisão dos objetivos e marcos jurídico, administrativo e financeiro (SECCHI, 2009).

A fase de implementação fortemente marcada pela disputa de interesses e se caracteriza como o estágio de operacionalização das políticas públicas, ou seja, da entrega de serviços públicos à população. Inicia-se com o planejamento e a organização das questões administrativas, assim como definição e alocação dos recursos humanos, financeiros, materiais necessários para a execução da política (RAEDER, 2014).

Vencidos os diversos desafios à operacionalização de uma nova política pública, os gestores devem ser envolvidos no seu acompanhamento e avaliação (WU *et al*, 2014). Todavia há que se considerar que em um governo não há exclusivamente uma política pública em curso, o que contribui para a existência de inúmeros desafios surgidos desde a operacionalização até o acompanhamento de uma política pública. Nesse sentido, Wu *et al*. (2014) tecem algumas considerações relevantes, que exemplificam a diversidade de atores no jogo de interesses de políticas públicas, os quais podem até mesma torná-las inoperantes e ineficazes. Os autores exemplificam políticas públicas com cunho popular, mesmo sendo ineficazes, e que prejudicam a operacionalização de outras necessárias, porém impopulares; políticas públicas construídas e implementadas para solucionar crises em detrimento de outras que podem evitar tais crises; jogo de interesses de órgãos de governo ou grupos políticos influentes, capazes de comprometer as ações de políticas públicas ou até mesmo influenciar a criação delas desnecessariamente. Por fim, apontam políticas públicas mal planejadas que falham em decorrência de falta de competência e de infraestrutura.

Todas essas possibilidades, que se constituem em risco de insucesso de políticas públicas, justificam e ressaltam a importância da avaliação, a qual tem sido ainda nos dias de hoje, relegada a segundo plano (SILVA; BARROS, 2004).

2.2 Avaliação de políticas públicas

A avaliação consiste na coleta e análise de informações contrapostas aos objetivos da política pública. Tem como foco a efetividade, a eficácia e a eficiência como medidas dos efeitos, com vistas a mudanças, correções, expansão ou descontinuação do programa (WEIBLE et al., 2012).

A avaliação de política pública tem sido tema de estudos os quais nem sempre investigam suas funções básicas, quais sejam informação, realocação e legitimação, funções essas que foram definidas ao longo da evolução dessa avaliação. A avaliação informativa visa à melhoria dos programas utilizando o mecanismo de *feedback*. A função (re)alocação, predominante nos anos 1980, tem por objetivo promover uma alocação racional de recursos no processo orçamentário. A função de legitimação privilegia a aferição dos resultados obtidos com as Políticas Públicas, admitindo a ação de fatores político-econômicos específicos, a mudança dos atores dominantes, porém sem estar circunscrita a um tipo específico de Estado ou cultura administrativa (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Outra classificação de avaliação de Políticas Públicas é a de Faria (2005), segundo finalidade última visada pelo processo avaliatório. Assim, a avaliação é instrumental quando tem por objetivo elaborar recomendações factíveis e inteligíveis, a partir da adequada divulgação de seus resultados. A avaliação é conceitual quando seus resultados se prestam a alterar a maneira como os técnicos entendem a natureza, o modo de operação e o impacto do programa que implementam, sem que se espere qualquer ação ou decisão imediata. Quando a avaliação é utilizada para mobilizar apoio para uma posição voltada a mudanças consideradas necessárias, é denominada avaliação de persuasão. No entanto, se vai ser utilizada para orientar agenda governamental, com impacto nas redes de profissionais, nos formadores de opinião e nos grupos de poder, então se denomina avaliação de esclarecimento.

A avaliação de política pública pode ainda ser geral, visando a considerar seus impactos internos e externos ao sistema a que se destina, mas pode ser específica e detalhada, com vistas a mensurar o grau de alcance dos objetivos, avaliar os efeitos por ela produzidos, os processos e a sistematização das diversas inter-relações necessárias a sua consecução. Independente do modelo adotado, a

avaliação de política pública é complexa porque a ela cabe apontar defeitos na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades, observando a dinâmica de sua implementação e todos os fenômenos paralelos por ela desencadeados (SECCHI, 2013).

Pelo fato de uma avaliação de política pública objetivar o julgamento de todas as práticas relacionadas a qualquer de seus componentes operacionais e sociais, ela requer a escuta dos diversos atores sociais para identificação dos problemas direta ou indiretamente ligados à política pública, sendo essa a primeira etapa da avaliação (MARINI, 2008; SECCHI; SCHÜÜR, 2012).

A identificação de problemas, segundo Secchi e Schür (2012), pode ser feita de forma mais abrangente quando o analista considera todos os efeitos relacionados ou desencadeados pela política implantada, seja pela busca de informações junto aos interessados e aos gestores públicos, seja pela análise crítica técnica. A partir do traçado da árvore de problemas, o passo seguinte é a definição das alternativas possíveis para solução desses problemas, podendo incluir inclusive a interrupção da política.

As alternativas são definidas a partir do raciocínio e da criatividade dos analistas, já que elas podem ser dos mais diversos tipos, abertas a todas as possibilidades. Dessa feita, o bom analista não tem concepções pré-definidas e não há, nesse estágio da análise, uma alternativa correta ou errada. Todas devem ser discutidas, aventadas e criadas para abrir as possibilidades de correção e de inclusão de todos os efeitos e os problemas direta ou indiretamente ligados aos objetivos e aos resultados da política pública (WU *et al.*, 2014).

Uma vez geradas as alternativas, elas devem ser analisadas e avaliadas para compor uma matriz de soluções viáveis. Dessa forma, diferente da fase de geração de alternativas, a definição das alternativas para composição da matriz de solução deve ser técnica e novamente requer a obtenção de alta carga informativa para compor a análise de viabilidade de solução (RIBEIRO, 2012).

A matriz de soluções deve ser um instrumento técnico que aponte as melhores soluções, ou seja, aquelas que atendam a critérios e possam ser objetivamente avaliadas, do que decorre, na fase de estabelecimento de alternativas, definir critérios avaliatórios e indicadores. Os critérios devem

contemplar custos; balanço custo/benefício que reflita a eficiência; capacidade resolutiva que identifica a eficácia; respeito aos aspectos éticos (os quais no setor saúde devem obedecer às premissas do Sistema Único definidas na Constituição) e os aspectos legais, os quais podem impor limitações ou a assunção de riscos (quando a solução se confronta com os dispositivos jurídicos). Além desses critérios, as soluções devem ter simplicidade, viabilidade econômico-financeira e operacional e conferir segurança de que a política pública poderá ser mantida por longo tempo, ou seja, garantir sua perenidade (WU *et al.*, 2014).

Aos aspectos nacional e internacionalmente consensuais, outros podem ser sugeridos, conforme a necessidade e as alternativas propostas. Em função dos critérios eleitos prioritários, cabe ao analista sugerir e, em comum acordo com o gestor público, determinar os indicadores a serem empregados para conferir objetividade à análise, especialmente quando se tratar de análise de resultados (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

A escolha dos indicadores tem sido considerada por diversos autores, um ponto crucial na avaliação de Políticas Públicas, na dependência dos objetivos da avaliação e das características da própria política a ser avaliada. Um exemplo é dado pelo Tribunal de Contas da União (2014), ao considerar que os melhores indicadores, além das características admitidas para os critérios em políticas públicas que tenham a alocação dos recursos avaliada, devem ser estabilidade, acessibilidade, representatividade, homogeneidade, independência, seletividade, cobertura e economicidade. Além desses indicadores quantificáveis, outros podem ser necessários, especialmente quando os resultados a serem analisados situam-se no setor saúde. Exemplos de indicadores não quantificáveis são: identificação de aceitação; adesão terapêutica, índice de contentamento; empoderamento de informações de prevenção ou proteção à saúde, dentre outros (WHO, 2006b).

A avaliação de políticas públicas de saúde oferece outros desafios apontados pela Organização Mundial de Saúde devido à dinâmica dos inúmeros fatores sociais, econômicos e culturais que interferem sobre os resultados de tais políticas, aspectos esses relevantes para a presente pesquisa, do que deriva a necessidade de seu detalhamento (WHO, 2006a). Assim, a identificação do problema deve estar acompanhada de propostas de resultados a serem alcançados, para que o processo saúde-doença possa ser respeitado em sua dinâmica. Para tanto, o problema deve ser inserido em um panorama real operacional, o que significa que devem ser

analisados e aquilatados os gestores e as redes de saúde atinentes ao problema e aos resultados a serem alcançados, ou seja, é de fundamental importância, na fase de construção de agenda, conhecer o meio contextual, bem como definir como os resultados esperados serão avaliados. Note-se que todos esses elementos deverão compor o processo de avaliação de uma política pública de saúde (WHO, 2006b).

A título de exemplo, pode-se citar a criação da Política Nacional de Humanização no SUS, a qual precisou contemplar a realidade de atendimento em diversos tipos de unidades de saúde, assim como os diversos ambientes de assistência em uma mesma unidade, para abrir a matriz de problemas que a Política Pública deveria englobar. Dessa forma, tanto foi necessário o levantamento de falhas ou problemas que acarretavam em mau atendimento em hospitais, casas de saúde, unidades básicas de saúde, centros de excelência, como em cada um deles, foram considerados os diversos setores (centro cirúrgico, maternidade, emergência, enfermaria, ambulatório, corredores, centrais de marcação de consultas, refeitórios, farmácia, central de esterilização, lavanderia, etc). Após a coleta dos problemas, construiu-se uma matriz para que os problemas pudessem ser agrupados, os resultados definidos e a Política Pública redigida e levada à discussão em grupos de especialistas e usuários, já que seu impacto influenciaria na qualidade de vida de gestores, funcionários e usuários.

A Organização Mundial de Saúde entende que tal complexidade deve ser do conhecimento de todo e qualquer profissional de saúde, independente do nível de complexidade de suas funções. O desconhecimento acarreta pouca aderência às ações preconizadas na Política, contribuindo para seu insucesso desde a implementação (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; WEIBLE et al., 2012; WHO, 2006c, 2006d). Um dos problemas apontados na Política Nacional de Humanização no SUS é a fragilidade dos indicadores para avaliar as ações humanizantes, do que decorre a impossibilidade de motivar reflexões sobre as representações sociais das estratégias humanizadoras para os sujeitos envolvidos no processo do cuidar. A consequência é uma implantação imperfeita, incompleta com resultados muito distantes daqueles planejados na Política (SOUZA; CONTIM; D'INNOCENZO, 2014).

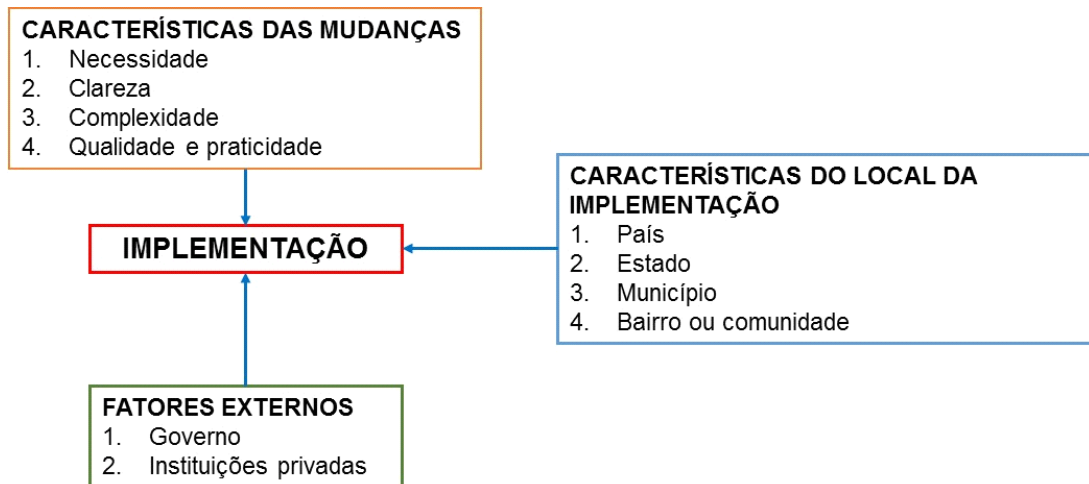
2.3 Avaliação de implementação de política pública

Partindo da premissa que a implementação é um processo multidimensional, pode-se compreender que a avaliação da implementação deve privilegiar a caracterização de eficiência e da eficácia de uma política pública, quando de sua operacionalização, do que decorre sua importância (CERNA, 2013). Ainda que tenha havido detalhamento técnico do planejamento de uma política pública, a fase de implementação é marcada por características que só estão presentes a partir da ocorrência das ações e que, por conseguinte, requerem correções, sob pena de comprometimento grave da própria política pública (SOUSA, 2008).

Para que uma política pública se configure como um conjunto de ações efetivamente realizadas, Saravia (2006) explica que deve haver circunstâncias externas favoráveis, que não imponham obstáculos paralisantes. O autor considera a necessidade de haver base da política em uma teoria de causa-efeito válida, tempo adequado para sua realização, recursos suficientes, especificação detalhada das tarefas que compõem as ações, perfeita comunicação e coordenação entre os gestores das instituições envolvidas na política e possibilidade de obediência às premissas da política. Tantas condições requerem também uma avaliação constante para que as correções possam ser viabilizadas.

Rahmat (2015), abordando os fatores que interagem na implementação de uma política pública, os agrupa em três categorias referentes às características das modificações promovidas pela implementação, as características do local em que a implementação está a ocorrer e os fatores externos que atuam favorecendo ou oferecendo desafios ao processo, como se observa na Figura 1.

Figura 1 – Fatores que afetam a implementação de política pública

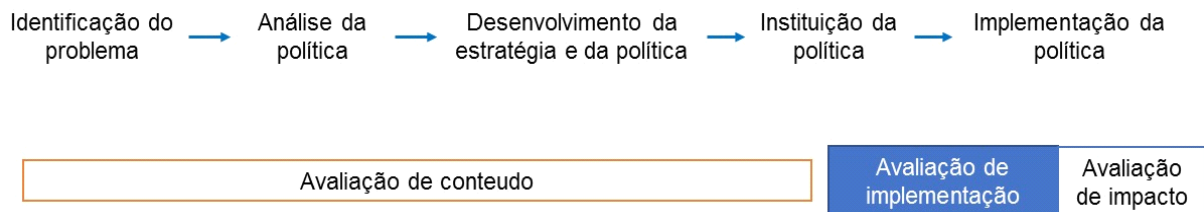


Fonte: Adaptado de Rahmat (2015)

O *Center for Disease Control and Prevention*, ao expor a importância da avaliação de implementação de políticas públicas de saúde, propõe um modelo de posicionamento dessa avaliação no ciclo de políticas públicas, como demonstrado na Figura 2, bem como aponta como objetivos (FRIEDEN, 2010):

- Compreender todo o processo de implementação da política;
- Identificar diferenças críticas entre o planejado e o executado;
- Documentar e comparar diferentes variações da política ao longo da implementação;
- Identificar barreiras e facilitadores de implementação, diferenciando aqueles previstos dos não previstos;
- Colher informações para embasar interpretação de futuras avaliações de impacto de políticas públicas;
- Documentar as relações entre o modelo lógico de componentes concebido na fase de planejamento e as influências externas que se manifestaram na implementação;
- Aprimorar o processo de implementação.

Figura 2 – Posicionamento da avaliação de implementação no ciclo de política pública



Fonte: Adaptado de Frieden (2010, p. 1)

A avaliação de implementação pode ser classificada segundo diferentes critérios tipológicos, devido a suas características. Admitindo o período do transcurso da política pública, essa avaliação é considerada de processo ou a posteriori, pelo fato de ter por objetivo a análise da forma pela qual a política pública foi executada. Consiste no exame de estratégias, procedimentos e arranjos institucionais e procedurais, para identificação de pontos fracos cuja correção pode promover melhoria de eficiência e eficácia (SARAVIA, 2006).

Outra classificação, admitindo a natureza da avaliação, considera que a implementação deve ser avaliada como formativa, quando ocorre no início da implementação e tem por objetivo fornecer elementos para a correção de procedimentos na formação de ações. No entanto, quando é realizada após algum tempo da execução das ações de uma política pública, então a implementação é avaliada por processo somativo, ou seja, “elas contemplam as relações entre o processo, os resultados e o impacto, podendo incluir comparações entre diferentes programas” (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1275).

Dentre os métodos de avaliação de implementação está aquele que considera o foco de análise centrado nas características da estrutura normativa, o qual se contrapõe àquele que objetiva identificar características dos atores implementadores e de suas ações. Segundo Lima e D’ascenzi (2013, p. 105):

Em comum, as abordagens enfatizam as condições e limitações materiais, vistas como determinantes da trajetória do processo de implementação. Tal ênfase deixa espaço à inserção de variáveis ligadas às ideias, aos valores e às concepções de mundo dos atores.

Para o setor saúde, a avaliação de implementação voltada para os atores implementadores pode conter um viés nos casos em que as tarefas e ações previstas na política pública sejam complexas e determinem regulamentação dos processos de trabalho, por meio de normas que, de qualquer forma, interferiam na conduta dos profissionais (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

A conduta dos profissionais de saúde decorrem da divisão de trabalho segundo competência e complexidade, mas também de uma divisão de poder estabelecida segundo o espaço de trabalho. A Organização Mundial de Saúde reconhece que a complexidade e a especificidade de ações podem comprometer a implementação de políticas públicas, especialmente em decorrência dessa divisão de poder, cuja ruptura tem se mostrado problemática nos serviços do mundo todo. A divisão de poder do setor saúde interfere diretamente na leitura de políticas públicas e, conseqüentemente, em sua implementação, exigindo integrar a avaliação para que se possam negociar mudanças de conduta, para aumentar a eficiência e a eficácia da implementação (WEIBLE et al., 2012; WHO, 2006c). Segundo Lima e D'Ascenzi (2013), a avaliação de implementação auxilia a compreensão de constrangimentos e inadequações que a política pública desencadeou, possivelmente sob influência dos valores, das ideologias ou mesmo das relações causais, os quais podem modificar a percepção dos atores, com repercussão na implementação.

Independente do tipo que se empregue, a avaliação de implementação só pode servir de suporte para aprimoramento de eficiência e eficácia caso seus resultados sejam disponibilizados para os atores, de forma que contribuam para com as medidas corretivas e com sugestões (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

2.4As Políticas Públicas relacionadas à assistência ao parto e ao puerpério

A partir da década de 1960, teve início no Brasil a discussão sobre os direitos sociais; neles incluídos o direito à saúde cujo conceito transcendia a característica biológica para contemplar também os aspectos social, político, econômico e cultural. O tema passou a ser alvo de debates na Academia e fora dela, motivando a criação, em 1970, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), no Brasil, e a

realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (MENDES *et al.*, 2011).

Da Conferência de Alma-Ata derivou a ampliação do conceito de saúde, para além do bem-estar físico e mental, com a inclusão dos aspectos sociais. Ao CEBES coube preparar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual foram firmadas as bases da Reforma Sanitária Brasileira. O principal impacto da Conferência foi chamar a atenção dos parlamentares para o setor saúde, até então relegado a segundo plano nos programas do governo. Dela resultou incluir, na Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e criar o Sistema Único de Saúde (PAIM *et al.*, 2011).

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990 (BRASIL, 1990), definiu o modelo operacional do SUS e propôs uma nova forma de gestão, regida pelos princípios doutrinários que, no entender de Bresser-Pereira (2009), inauguravam a modificação do Estado do modelo burocrático para o modelo gerencial, ou seja, para um Estado democrático social.

No entender de Bresser-Pereira (2009), a reforma gerencial que o SUS promoveu caracterizou-se pela elaboração de planos estratégicos para atender à administração por resultados, sem a intenção de abandonar a administração por processos, mas diminuindo a ênfase nesse aspecto, do que resultou um movimento de resistência política por exigir equilíbrio entre quantidade e qualidade dos serviços prestados, associados a baixo custo.

O Ministério da Saúde, consoante a mudança gerencial do Estado, a partir de 1995, busca articular os serviços de saúde numa rede, admitindo uma gestão pública baseada na democratização e no incentivo à livre expressão de interesses e necessidades dos usuários, objetivando o processo saúde-doença, a formação de profissionais de saúde com visão gerencial e a incorporação da educação em saúde na rotina dos usuários (CARVALHO *et al.*, 2012; WHO, 2006c).

Segundo Carvalho *et al.* (2012), a gestão dos serviços de saúde no SUS exigiu, como condição *sine qua non*, que os profissionais de saúde do SUS não fossem eficazes apenas na produção de bens e serviços voltados à saúde-doença, mas passassem a orientar ética e politicamente os usuários, transformando o espaço do serviço de saúde em local livre, criativo, capaz de acolher contextos heterogêneos e produzir cidadãos melhores.

Em 2000, face à resistência dos profissionais de saúde em mudar o paradigma assistencial hospitalocêntrico, com foco na doença, para o paradigma social, de acolhimento e escuta ativa, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no qual se admitia que a rede básica de saúde deveria prover os cuidados de pré-natal, com vistas à redução da taxa de morbidade, associada ao ciclo gravídico puerperal e suas taxas de mortalidade materna e fetal (BRASIL, 2014; ONIAS; CARVALHO; ESCOBAR, 2013).

É relevante acrescentar que o Programa de Humanização do Pré-Natal, e Nascimento, posteriormente denominado Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério, criado em 2000, tem como indicadores o número de consultas de pré-natal isolado ou associado ao número de consultas de puerpério, o número de filhos vivos por gestante, exames de controle solicitados no pré-natal, proporção de gestantes submetidas ao teste de HIV e proporção de gestantes vacinadas. Todavia, esses indicadores avaliam exclusivamente a operacionalização do Programa e não a humanização. Por esse motivo, Andreucci e Cecatti (2011, p. 1062), em revisão sistemática sobre a avaliação do Programa, afirmam haver um distanciamento grande entre as metas e estratégias propostas no Programa e o contexto real em que sua operacionalização ocorre.

Há quase uma década da implantação do PHPN, diferentes estudos mostram que a sua abrangência ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao programa; quanto ao cumprimento das metas, porém, há ainda muito a ser alcançado. De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região. [...] Outro aspecto a se considerar é que, concomitantemente à adequação dos instrumentos de informação e capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços também depende da rede de apoio disponível, representada pelo acesso ao pré-natal especializado, quando houver necessidade, facilidade para transferências hospitalares nos diferentes níveis de complexidade, e exames complementares disponíveis com qualidade técnica avaliável segundo parâmetros rígidos de qualidade.

Considerando a afirmação do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE de que o propósito da avaliação é determinar a pertinência e alcance dos objetivos, a eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do desenvolvimento, a constatação de Andreucci e Cecatti (2011) é preocupante. A informação que esses

autores oferecem, sendo crível para permitir a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão, aponta para uma política que necessita urgentemente de decisões e definição de metas e estratégias factíveis, já que o uso da avaliação deve ser orientado para ação.

Ainda que se considere que os estudos de avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério analisam o atingimento de objetivos, supondo que o plano e os objetivos correspondentes têm um valor já reconhecido e aceito em si, observa-se que as informações provindas da avaliação são muito pouco utilizadas. Segundo Thoenig (2000, p. 55):

[...] pode-se encontrar um relativo ceticismo para com a avaliação, particularmente, entre praticantes bem-informados e experientes em reforma da gestão pública, alguns até mesmo expressam uma resistência à avaliação que parece predominar no seu próprio governo.

As avaliações podem ser um problema para os governantes, executores e gerentes de projetos porque os resultados podem causar constrangimentos públicos. As informações e resultados das avaliações podem ser usados pelo público e pela imprensa para criticar os governos, da mesma forma que, em caso de “boas notícias”, os governos podem usá-las para legitimar as próprias políticas, como ganho político, etc (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008). É nesse contexto que se deve considerar a avaliação da política de humanização da assistência à mulher no ciclo gravídico feita por diversos estudiosos. Os estudos apontam que os propósitos do Ministério da Saúde não eram a prática corrente e as gestantes prosseguiram vivenciando o sofrimento para assistência ao parto. Santos e Tyrell (2005) documentaram a “peregrinação das gestantes” para o parto, nas maternidades do Rio de Janeiro, apontando que a incerteza de disponibilidade de leito, a demora no atendimento e o descumprimento da garantia de vínculo com a maternidade onde teria seu parto atendido, constituíam motivo de sofrimento. Souza e Costa (2009) documentaram, em Maceió (AL), a mesma realidade de carência de leitos para internação de gestantes sem co-morbidades associadas à gravidez, portanto denominadas de baixo risco de morte.

A essa realidade se associava o indicador de saúde de mortalidade materno-fetal mantido em percentuais elevados, indicando ao Ministério da Saúde a

necessidade de nova avaliação da política pública. A matriz de soluções apontou como principal problema a falta de disciplinamento da rede de cuidados, do que derivou, em 2011, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011b), a qual, associada à Política de Humanização no SUS (BRASIL, 2011a), reforçava a garantia de assistência de qualidade no parto. O Ministério da Saúde responsabilizou os gestores estadual e municipal pela saúde e por atingir os objetivos epidemiológicos de melhor qualidade de vida e redução das taxas de mortalidade e morbidade, sem, contudo, capacitá-los gerencialmente e fornecer os recursos financeiros para as ações de saúde (MENDES et al., 2011).

Novas avaliações do sistema de atenção à gestante continuavam indicando a existência de barreiras operacionais para que a mulher pudesse ter assistência ao parto. As matrizes de soluções propostas ao Ministério da Saúde por diversas organizações acadêmicas e de especialidades médicas indicaram a falta de leitos no SUS para gestantes. Santos e Tyrell (2005), discorrendo sobre a humanização no SUS, afirmam que o problema da carência de leitos para internação deriva de problemas gerenciais, que não poderão ser corrigidos exclusivamente por dispositivos legais ou normativos.

A falta de leitos havia sido alvo da Política de Regulação da Atenção à Saúde, em 2006, focada em garantir a alocação de recursos para implantação dos Complexos Reguladores da Assistência, desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções de disciplinamento da disponibilização de leitos, em atendimento à solicitação das unidades de saúde, em função da condição clínica do usuário que requer cuidados nos níveis secundário e terciário de atenção, considerados eixos estruturantes (BRASIL, 2006). No entanto, essa política não fora avaliada.

Cunha *et al.* (2010) investigaram o percurso de 357 gestantes, em São Luís do Maranhão, em busca de assistência ao parto e concluíram que 60% delas tiveram que buscar mais de uma maternidade para que fossem atendidas, comprovando a carência de leitos. Couto (2012, p. 7), promotor e membro do Grupo Nacional de Direitos Humanos, editou um manual de orientação para subsidiar a atuação do Ministério Público “no sentido de fiscalizar e exigir dos Estados e Municípios que cumpram as responsabilidades que lhes cabem na captação e aplicação das normas nas finalidades a que se destinam”. Esses estudos apontavam que a assistência à gestante seguia sendo um problema grave a tal ponto que o

Ministério da Saúde fez publicar, em 2014, um novo manual de humanização para reiterar e ampliar a atenção à mulher no parto e puerpério, reconhecendo o direito de ela ser também acompanhada por um familiar (BRASIL, 2014).

Apesar do reconhecimento do direito da gestante, o problema da falta de leitos continua a desafiar as autoridades. Em Pernambuco, a situação da falta de leitos não é diferente do que foi documentado em outros estados brasileiros. Assunção, Soares e Serrano (2014), ao analisarem a problemática de superlotação das maternidades públicas no âmbito estatal, concluem haver um processo de precarização da saúde que obstaculiza a humanização de parto e nascimento, violando direitos da gestante e do recém-nascido. No entanto, estudos sobre essa temática ainda são escassos e mantêm foco nos aspectos médicos, não contemplando aqueles de política pública, de gestão em saúde, para identificação dos processos dos quais decorre tal indisponibilidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2014).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada análise de implementação de políticas públicas, prospectiva, descritiva, quali-quantitativa, empregando pesquisa documental e entrevista. O caráter qualitativo consistiu na identificação dos fatores determinantes da trajetória de mulheres, no período pré-parto, em busca de lugar para parto, para permitir

[...] aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHEZ, 1993, p. 244).

O caráter quantitativo do estudo consistiu das estatísticas de ocupação de leitos da enfermaria obstétrica e do centro obstétrico em que ocorreu a pesquisa, assim como da frequência das respostas fornecidas pelas puérperas a perguntas fechadas do protocolo de entrevista.

O estudo foi realizado na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que se caracteriza como hospital universitário de alta complexidade e como centro formador de diversas categorias profissionais nos níveis técnico e superior. Na área de saúde, é centro formador e de especialização em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Nas áreas de ciências humanas e ciências sociais, tem em seu corpo docente de especialização, psicólogos e assistentes sociais.

Dessa forma, o local de estudo teve primordial importância na medida em que se constitui em centro formador estratégico para a implementação das políticas nacionais de humanização e de atenção integral à saúde da mulher.

Compuseram a população de estudo as gestantes que, por busca espontânea ou encaminhamento, foram atendidas e pariram na maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE, assim como os profissionais de saúde responsáveis por tais atendimentos, em atividade no período de 16 de dezembro de 2015 a 29 de março de 2016.

Para as gestantes, foram considerados dois conjuntos de critérios de inclusão. O primeiro conjunto de critérios serviu para análise documental.

Investigou-se o número de leitos disponibilizados para gestantes, maiores de idade ou emancipadas por casamento ou união estável, que ocuparam leitos no período de dezembro de 2015 a março de 2016, para parturição na maternidade do Hospital das Clínicas, independente da condição de sobrevivência do concepto.

O segundo conjunto de critérios de inclusão foi aplicado para definição das gestantes a serem submetidas à entrevista. Compreenderam ter 18 anos de idade ou mais, bem como ser emancipada por casamento ou união estável; ter parido e estar ainda em internamento, à época da coleta de dados.

Para os profissionais de saúde, foram considerados elegíveis aqueles que estavam em serviço no período da coleta de dados, lotados na maternidade do Hospital das Clínicas e exercendo a função de enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico obstetra, independente do regime de trabalho ser diurno, noturno, em plantão ou na rotina diária.

Ainda que não se tenha excluído qualquer das gestantes ou puérperas, admitiu-se a possibilidade de exclusão nos casos em que o estado de saúde impossibilitasse ou contraindicasse sua participação na pesquisa.

Foi adotada amostragem por conveniência, não probabilística, com tamanho definido por critério de temporalidade. O critério de intencionalidade da conveniência teve respaldo nas características universitárias e formadoras da maternidade do Hospital das Clínicas, admitindo que, em sendo centro formador profissional em nível terciário, com foco em ensino e pesquisa, pode trazer informações relevantes para diagnóstico situacional e avaliação de programas de governo.

Para cálculo do tamanho amostral de gestantes, admitiu-se população finita, estimada em 460 gestantes, das quais 70% poderiam ter vivenciado qualquer dificuldade para a obtenção de assistência ao parto. Admitindo limite de confiança igual a 5% e efeito de desenho de 1, o tamanho amostral foi estimado em 190 gestantes. Por admitir o critério temporal para exaustão dos dados, a coleta prosseguiu e se obteve como tamanho amostral o total de 239 gestantes, o que correspondeu a poder de prova de 98%.

Para os profissionais de saúde, admitiu-se como tamanho amostral um número igual à metade dos profissionais lotados no setor, ou seja, três médicos obstetras; três enfermeiros e três técnicos de enfermagem, aleatoriamente distribuídos no período de coleta, segundo três sorteios de dia da semana e turno de trabalho.

Foram utilizados instrumentos primários e secundários para coleta de dados. Os instrumentos primários consistiram de protocolos de entrevista (Apêndices B e C), aplicadas às puérperas e aos profissionais de saúde do local do estudo. O protocolo de entrevista com as puérperas internadas nas enfermarias de obstetrícia ou no centro obstétrico do local de estudo (Apêndice B) esteve composto por quatro partes (denominadas grupos), contendo perguntas abertas e fechadas. A entrevista foi semiestruturada e organizada a partir do Manual de Parto e Puerpério, para permitir questionamentos adequados às entrevistadas, buscando caracterizar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no que concerne à atenção ao parto.

O segundo protocolo foi empregado para entrevista de profissionais de saúde, trabalhando na maternidade do Hospital das Clínicas à época da coleta de dados no atendimento a puérperas (Apêndice C). A entrevista foi semiestruturada e composta por seis perguntas abertas, sobre os problemas identificados na assistência a parturientes.

Os dados secundários foram obtidos nas estatísticas da enfermaria obstétrica e do centro obstétrico, assim como nas normas de regulação de leitos hospitalares do Ministério da Saúde e da Central de Leitos do estado de Pernambuco (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2014).

Admitiram-se variáveis agrupadas sob cinco classificações, conforme se observa no Quadro 1. No primeiro grupo, destinado à caracterização amostral, estiveram as variáveis sociodemográficas das parturientes, relativas à idade, procedência, número de gestações e de partos e meio de transporte para a maternidade. Analogamente foram consideradas nesse grupo as características sociodemográficas dos profissionais de saúde, incluídos sexo, idade, formação, local de trabalho e função no atendimento a parturientes.

Quadro 1 – Grupos de variáveis segundo características

Grupo de variáveis	Características	Variáveis
Primeiro grupo	Características sociodemográficas para descrição	<ul style="list-style-type: none"> Da gestante: idade, procedência, número de gestações e de partos e meio de transporte para a maternidade.

	amostral	<ul style="list-style-type: none"> • Dos profissionais de saúde: sexo, idade, formação, local de trabalho e função no atendimento a parturientes
Segundo grupo	Variável independente	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental do número de leitos disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos
Terceiro grupo	Variáveis dependentes de busca por assistência ao parto	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo da procura pelo serviço hospitalar, tempo de espera para transferência, número de maternidades até internação na unidade de parturição, forma de procura por atendimento obstétrico e motivo de encaminhamento para parto • Demanda por transferência com oferta controlada e demanda espontânea
Quarto grupo	Variáveis dependentes de atendimento à parturição	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de espera para parturição desde o início do trabalho de parto, local de alojamento da puérpera antes e após o parto, local de alojamento do neonato
Quinto grupo	Variáveis dependentes de assistência ao neonato	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Apgar, presença de mecônio em líquido amniótico

As variáveis observadas foram: busca por leito para parturição, características do atendimento à parturição e ao concepto, para que possibilitassem identificar a adequabilidade do atendimento em relação à Política Pública de Humanização do Parto e do Nascimento e à consistência dos dados documentais.

O motivo da procura pelo serviço hospitalar, tempo de espera para transferência, número de maternidades até internação na unidade de parturição, forma de procura por atendimento obstétrico e motivo de encaminhamento para parto foram admitidos para quantificar a demanda por transferência com oferta controlada. Essa demanda foi avaliada pelo número de casos transferidos e regulados pela Central de Leitos. Investigou-se também o total de leitos regulados após internação na maternidade, que constituiu a demanda espontânea.

Caracterizou-se o atendimento à parturição (quarto grupo de variáveis), identificando tempo de espera para parturição desde o início do trabalho de parto, local de alojamento da puérpera antes e após o parto, local de alojamento do neonato.

Foram também consideradas as variáveis relacionadas ao concepto (quinto grupo de variáveis) incluindo índice de Apgar, presença de mecônio em líquido amniótico. Neonatos com índice de Apgar menor que sete são considerados em

depressão cardiorrespiratória (portanto, em risco de morte) e aqueles com índice de Apgar maior que sete, na condição de normais, significando estarem expostos a baixo risco de morte. O índice de Apgar é aferido no primeiro minuto após o parto (Apgar1) e no quinto minuto (Apgar5), com o intuito de verificar a recuperação cardiorrespiratória do neonato ao vencer o alto consumo de energia para respirar oxigênio com expansão de seus pulmões e se adaptar a seu novo ambiente extrauterino. Dessa forma, admite-se que, mesmo que o neonato tenha um índice menor que sete no Apgar1, será considerado normal se o Apgar5 for igual ou maior que oito ou maior que Apgar1, por indicar que se adaptou adequadamente (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outro parâmetro para avaliação da condição de nascimento foi a presença de mecônio no líquido amniótico, indicativo de sofrimento fetal e potencial causa de morte do concepto quando ocorre aspiração desse líquido, devido a sua alta viscosidade, alta aderência aos tecidos circunjacentes e dificuldade de o sistema mucociliar pulmonar do neonato expulsar esse composto da árvore brônquica (COLVERO et al., 2006).

A análise conjunta das variáveis do quarto e do quinto grupos possibilitou identificação de possíveis desvantagens ou mesmo riscos a que ficou exposto o binômio mãe-concepto por insuficiência de leitos obstétricos.

Dessa forma, os cinco grupos de variáveis compuseram dois conjuntos de dados que foram contrapostos e confirmados por meio da entrevista com os profissionais de saúde, possibilitando crítica documental com maior fidedignidade.

3.1 A coleta de dados

Durante três dias da semana, no período de 16 de dezembro de 2015 a 29 de março de 2016, a pesquisadora compareceu à maternidade do Hospital das Clínicas e obteve junto ao Núcleo de Apoio Administrativo a relação de gestantes admitidas no dia da coleta de dados e no dia imediatamente anterior.

De posse dessa relação, a pesquisadora dirigia-se à unidade de internamento, como também ao centro obstétrico, para convidar as puérperas a participar da pesquisa, após lhes explicar os objetivos, riscos e benefícios. Assinado

o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, a pesquisadora procedia a uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 20 minutos. Dessa forma, colhiam-se informações das puérperas que pariram no dia anterior e no mesmo dia em que a coleta estava sendo realizada.

Os dados relativos à data e hora da admissão na maternidade e da parturição, idade gestacional, tipo de parto e condições do neonato (Apgar1, Apgar5 e condição do líquido amniótico) foram obtidos por consulta ao prontuário das puérperas.

Para a coleta dos dados junto aos nove profissionais de saúde, a cada semana, a pesquisadora procedeu a um sorteio de dia da semana e de turno de trabalho, que constituíam o agendamento de pesquisa. No dia e turno aprazados, um médico obstetra, um enfermeiro e um técnico de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa, respondendo a uma entrevista semiestruturada composta por cinco questões relativas às condições de atendimento a gestantes.

A coleta dos dados documentais foi realizada junto ao Setor de Regulação do Hospital das Clínicas da UFPE.

3.2 Análise estatística

A partir do banco de dados único, criado com o emprego do Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]), na versão 21.0, foi feita a análise das informações.

O plano de análise foi definido em função do nível de mensuração das variáveis de interesse e de desfecho. Para variáveis em nível de mensuração nominal ou ordinal (procedência, meio de transporte, motivo de busca por assistência, motivo de referenciamento, alojamento materno e do neonato, tipo de parto e condição do líquido amniótico), empregou-se distribuição de frequências absolutas e relativas, expressas em gráficos ou tabelas. A construção de tabelas obedeceu ao que determina o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, nas normas de apresentação tabular (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1993).

Para variáveis em escala de razão ou intervalar, foram empregados os parâmetros da Estatística Descritiva de média, desvio-padrão, mediana e limites

mínimo e máximo de variação. Empregou-se regressão linear com cálculo de coeficiente de determinação, para estabelecer a relação entre tempo de assistência ao parto e variáveis relacionadas ao neonato.

Quanto à análise inferencial, empregou-se o teste do Qui quadrado de Pearson, em tabela de contingência 2x2, ou o teste U de Mann-Whitney, quando as regras de Cochran não eram obedecidas. Na comparação de médias, utilizou-se o teste ANOVA e, para as diferenças de medias, empregou-se o teste t de Student, todos em nível de significância de 0,05 para rejeitar a hipótese nula de cada teste.

3.3 Aspectos éticos

Em atendimento ao que determina a Resolução nº. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado e registrado sob CAAE nº. 50012515.3.0000.5208.

Analogamente, a pesquisadora e sua orientadora assumiram o compromisso de cumprir e fazer cumprir todas as diretrizes de direitos de seres humanos participantes de pesquisas, relativas ao sigilo de identificação, assegurar desistência do participante e esclarecimentos de dúvidas em qualquer momento da pesquisa.

Para assegurar o ganho social da pesquisa, um relatório consubstanciado de resultados será entregue à Direção da Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE, com a solicitação de que seja divulgado dentre os funcionários participantes.

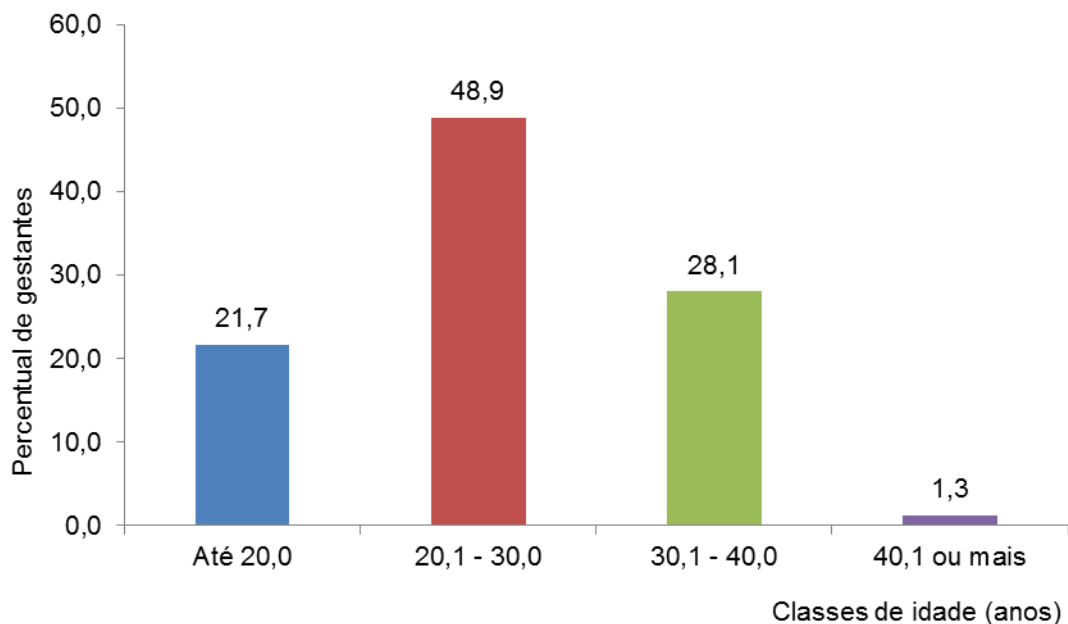
4 AVALIANDO A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO À GESTANTE EM PERNAMBUCO

A análise dos dados foi dividida na caracterização das parturientes, no detalhamento das condições de transferência, na discriminação das condições de atendimento na maternidade do Hospital das Clínicas e na opinião dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.

4.1 Caracterização das parturientes

A amostra de gestantes esteve composta por 239 mulheres. Quanto à idade, dentre as 235 (98,3%) mulheres com registro desse dado, houve variação entre 17 e 45 anos, do que resultou média igual a 27 (desvio-padrão = 6 anos) e mediana de 26 anos, já que foram mulheres na segunda década de vida mais frequentemente atendidas (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição de classes etárias de 239 gestantes atendidas na Maternidade da UFPE – 2016



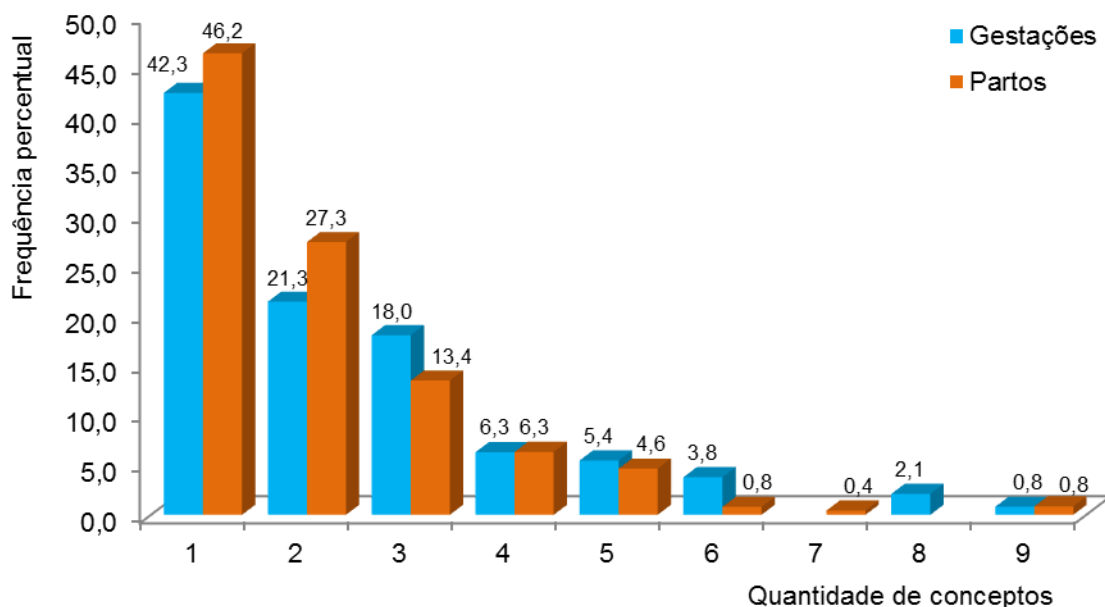
Nota: Percentuais calculados sobre 235 dados. Quatro (1,7%) pacientes não informaram a idade

Quanto à procedência, 99,6% das mulheres procediam de Municípios do estado de Pernambuco e uma, da Paraíba. Houve predomínio de parturientes provenientes da Região Metropolitana (149; 62,3%), da Zona da Mata (48; 20,1%) ou da Região do Agreste (39; 16,3%). Raramente foram atendidas pacientes da Região do São Francisco (1; 0,4%) e do Sertão (2; 0,8%).

O meio de transporte mais frequente foi ambulância (153; 64,8%), seguindo-se em ordem decrescente de frequência em carro de passeio (60; 25,5%), veículo próprio ou de amigos, e, com menor frequência, ônibus, taxi, carro da Prefeitura ou motocicleta.

Do ponto de vista obstétrico, as puérperas entrevistadas se caracterizaram por predomínio de uma gestação e um parto, como se observa no Gráfico 2. Mulheres primíparas foram mais frequentes que primigestas, assim como as secundíparas o foram quando comparadas às secundigestas. Essa inversão esteve ausente a partir do número de três gestações.

Gráfico 2 – Distribuição do número de gestações e de partos das 239 gestantes atendidas na Maternidade da UFPE - 2016



Questionadas quanto ao motivo para procurarem por assistência obstétrica, a maioria das parturientes alegou aumento da pressão arterial, seguindo-se, de presença de sinais de início de trabalho de parto. Em ordem decrescente de frequência, estiveram a ruptura de bolsa amniótica e a percepção de extrapolação

do tempo para parturição, segundo informações prévias recebidas nas consultas de pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência dos motivos alegados por 239 parturientes para busca de assistência ao parto – UFPE, 2016

Motivo de busca por assistência obstétrica	Frequência	Percentual
Pressão alta	125	52.3
Em trabalho de parto	113	47.3
Ruptura da bolsa	66	27.6
Passou o tempo de parturição	19	7.9
Sangramento vaginal	12	5.0
Dor forte	5	2.1
O bebê parou de mexer	2	0.8
Acidente	1	0.4
Convulsão	1	0.4

4.2 Detalhamento das condições de transferência

Da investigação das condições de transferência de uma maternidade para a do HC, identificou-se que o tempo de espera manteve relação significativa com a Região Geográfica do Município de onde a parturiente provinha. Essa associação pareceu manter relação, ainda que parcial, com a distância entre a Região Geográfica da qual a parturiente provinha e a maternidade do HC, pois a espera foi menor na Região Metropolitana e maior na Região do São Francisco (Tabela 2).

O número de maternidades para as quais a paciente fora transferida, antecedendo o trabalho de parto no HC, não ofereceu informações relevantes, já que uma única paciente percorreu até três maternidades para ser atendida e a maioria buscou assistência em uma maternidade até chegar ao HC (Tabela 2).

Identificou-se que a condição de a mulher apresentar sinais de trabalho de parto não interferiu no tempo de transferência da mesma para outra maternidade. Outros fatores que interferiram no tempo de espera para transferência foram: necessidade de mais recursos para assistência ao parto, falta de leito e falta de médico obstetra. Essas diferenças mantiveram associação com o tempo para transferência da parturiente para outra unidade de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis relacionadas à assistência ao parto e tempo total de espera para transferência para outra maternidade relatado por 239 parturientes – UFPE, 2016

Variáveis relacionadas à assistência ao parto	N	Espera total para transferência		
		Média (dp)	Mínimo-Máximo	Valor de p
Região Geográfica				0,001
São Francisco	1	50,1	50,0 - 50,0	
Sertão	2	28,0 (2,9)	26,0 - 30,0	
Zona da Mata	48	27,9 (17,7)	0,0 - 64,0	
Agreste	39	22,2 (14,4)	0,0 - 54,0	
Metropolitana	149	15,5 (19,2)	0,0 - 64,0	
Número de maternidades por que passou até internação				< 0,001
uma	67	-	+	
duas	171	26,9 (17,0)	0,0 - 64,0	
três	1	10,1	10,0 - 10,0	
Motivos de transferência				
Não estava em trabalho de parto	126	20,0 (19,1)	0,0 – 64,0	0,580
Estava em trabalho de parto	113	18,6 (18,5)	0,0 – 64,0	
Outros motivos de transferência*				< 0,000
Necessidade de cesariana	3	39,0 (33,2)	1,0 – 62,0	
Falta de médico obstetra	16	31,6 (18,1)	0,0 – 64,0	
Necessidade de UTI neonatal	1	27,0		
Necessidade de mais recursos	142	26,4 (16,6)	0,0 – 64,0	
Falta de leito	9	23,9 (15,3)	0,0 – 50,0	
Falta de médico anestesista	1	2		

4.3 Condições de atendimento na maternidade do Hospital das Clínicas

4.3.1 Tempo decorrido entre o internamento e parto

O primeiro parâmetro que se analisou foi o tempo de atendimento ao parto. Considerando que as mulheres provieram de diversas Regiões do estado referenciadas, por ser o HC um hospital de referência para parto de alto risco, buscou-se identificar o tempo transcorrido entre o internamento da gestante e o parto, como demonstrado na Tabela 3.

O tempo médio do internamento ao parto igualou-se a 11 horas e 43 minutos (desvio-padrão=12:59 h). Houve variação do tempo para parturição entre 5:28 h,

identificado para duas gestantes, provenientes da Região do Sertão, a 12:45 h, constatada para pacientes da região Metropolitana, entretanto, essas diferenças não atingiram significância ($F=0,789$; $p=0,536$). Uma parturiente foi atendida em 1:18 h, referenciada da região do São Francisco em estado grave.

Esses dados possibilitaram identificar não haver associação entre a Região da instituição da qual a paciente foi referenciada e tempo decorrido do internamento ao parto.

Tabela 3 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo Regiões de procedência – HC 2016

Região	n	Média (h:min)	Desvio-padrão (h:min)	Mediana (h:min)	Mínimo (h:min)	Máximo (h:min)
Agreste	39	10:46	9:29	6:53	0:13	36:40
Metropolitana	140	12:45	14:33	7:33	0:10	68:45
São Francisco	1	1:18	.	1:18	1:18	1:18
Sertão	2	5:28	1:41	5:28	4:17	6:40
Zona da Mata	45	9:49	10:22	5:42	0:10	42:18
Total	227	11:43	12:59	7:10	0:10	68:45

Ao admitir que o tempo de parturição pode interferir na condição de nascimento do concepto, avaliada pelo índice de Apgar, no primeiro minuto de vida (Apgar de 1º minuto) e no quinto minuto de vida (Apgar de 5º minuto), buscou-se determinar essa relação, como demonstrado na Tabela 4 e no Gráfico 3.

Constatou-se que a maioria dos neonatos (219; 94,4%) conseguiu estabilizar a condição cardiorrespiratória, decorridos cinco minutos do nascimento, uma vez que seu índice de Apgar de 5º minuto foi maior que sete e igual ou maior que o valor do índice aferido ao primeiro minuto de vida. Observou-se que o tempo para parturição foi menor para atendimento das gestantes, cujos neonatos apresentaram depressão cardiorrespiratória ao nascimento, porém, essa diferença em relação aos neonatos com condição normal não foi significativa ($F=0,760$; $p=0,384$) (Tabela 4).

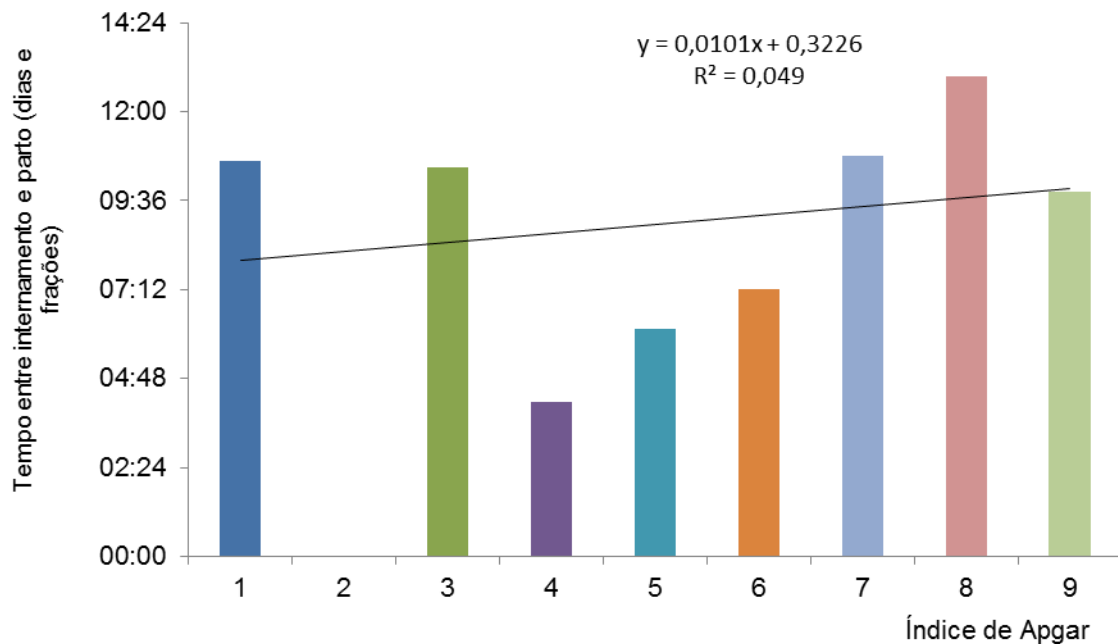
Constatou-se que parturientes de neonatos com presença de líquido amniótico meconial foram submetidas ao parto em menor tempo em relação a mães de neonatos sem mecônio, todavia, essa diferença de tempo não foi significativa ($F=1,478$; $p=0,230$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo condições de nascimento do concepto – HC 2016

Condição do neonato ao nascimento	n	Média (h:min)	Desvio-padrão (h:min)	Mediana (h:min)	Mínimo (h:min)	Máximo (h:min)
Avaliação cardiorrespiratória						
normal	219	11:46	13:08	6:53	0:10	68:45
deprimido	5	6:38	6:46	3:19	0:20	16:43
Líquido amniótico com mecônio						
presente	5	8:29	5:34	0:10	42:18	8:30
ausente	219	14:23	7:12	0:10	68:45	12:33

Devido à importância do índice de Apgar na avaliação da adequação do neonato às condições ambientais extrauterinas e, portanto, de sua viabilidade e correspondente risco de morte, detalhamos a evolução do Apgar1 e Apgar5, segundo tempo decorrido entre internamento e parturição. Constatou-se que o tempo para parturição aumentou segundo a condição de Apgar1. Todavia, deve-se observar que o coeficiente de determinação da regressão linear é baixo, indicando que o índice de Apgar de primeiro minuto não foi o principal fator contribuinte do tempo para assistência ao parto.

Gráfico 3 – Distribuição dos tempos decorridos entre internamento e parturição, segundo Apgar do concepto – HC - 2016



Outras associações buscou-se para avaliar ação de fatores que poderiam interferir no tempo transcorrido entre o internamento e o parto. Quanto ao tipo de parto, admitiu-se que o parto cesáreo é indicação obstétrica na presença de sofrimento fetal ou materno, assim, devia ter média de intervalo entre internação e parto menor que do parto vaginal, como se verificou na Tabela 5, porém, essa diferença não foi significativa ($p = 0,150$). Analogamente, avaliou-se a associação entre a condição de nascimento do concepto e o tempo decorrido entre internação e parto, identificando que partos cujos neonatos nasceram em melhor condição de saúde; portanto, mantidos com a mãe, ocorreram com maior tempo de espera quando comparados àqueles em que os conceptos nasceram com algum comprometimento que exigiu internamento na unidade neonatal; porém, essa diferença também não foi significativa ($p=0,162$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Parâmetro do tempo transcorrido entre o internamento e o parto segundo condições do parto e do neonato – HC 2016

Condição do parto e localização do neonato	Tempo decorrido entre internamento e parto					
	n	Média (h:min)	Desvio-padrão (h:min)	Mediana (h:min)	Mínimo (h:min)	Máximo (h:min)
Tipo de parto						

vaginal	87	13:49	15:43	7:21	0:10	68:45
cesáreo	140	10:46	11:22	7:01	0:20	68:45
Localização do filho						
Com a mãe	153	12:15	14:15	7:34	-9:18	68:45
Na unidade neonatal	74	8:42	10:12	5:20	-5:16	42:18

4.3.2 Relações com a localização da mulher antes e após o parto

Na Tabela 6 está apresentada a distribuição de frequências para relacionar o local em que a paciente foi acomodada ao chegar à maternidade do Hospital das Clínicas para parturição e o local em que a pesquisadora a entrevistou.

Identificou-se que 85,2% das parturientes foram acomodadas no centro obstétrico, enquanto aguardavam o parto e, destas, 68 (28,8%) estavam em leito de pré-parto. As demais pacientes estiveram alojadas em acomodações provisórias, como cadeira na recepção, ou, ainda em maca, cadeira ou colchão no chão do corredor do centro obstétrico.

Transcorrido o parto, 182 (77,1%) mulheres foram transferidas do centro obstétrico para a enfermaria de obstetrícia, localizada no nono andar do HC. As demais puérperas permaneceram em acomodações provisórias incluindo mesa da sala de parto, corredor do centro obstétrico (em maca ou cadeira), bem como leitos da sala de pré-parto ou de recuperação pós-anestésica (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre local de espera para o parto e local da entrevista – HC 2016

Local de espera para o parto	Local da entrevista n (%)						Total
	enfermaria de obstetrícia	centro obstétrico					
		sala de parto	maca no corredor	cadeira no corredor	sala de recuperação	no pré-parto	
Omitiu	14 (7,7)	-	-	-	1 (9,1)	1 (5,0)	16 (6,8)
Cadeira na recepção	9 (5,0)	1 (50,0)	-	1 (20,0)	4 (36,3)	4 (20,0)	19 (8,0)
No centro obstétrico							(
maca no corredor	33 (18,1)	1 (50,0)	9 (56,2)	3 (60,0)	2 (18,2)	9 (45,0)	57 (24,2)
cadeira no corredor	34 (18,7)	-	2 (12,5)	-	-	4 (20,0)	40 (16,9)
colchão no	33 (18,1)	-	2 (12,5)	-	1 (9,1)	-	36 (15,3)

chão no corredor							
<i>leito do pré-parto</i>	59 (32,4)	-	3 (18,8)	1 (20,0)	3 (27,3)	2 (10,0)	68 (28,8)
<i>Total</i>	182 (77,1)	2 (0,8)	16 (6,8)	5 (2,1)	11 (4,7)	20 (8,5)	236 (100,0)

Admitindo que o estado de saúde do conceito determina condutas de maior vigilância sobre a mulher durante o período pré-parto, o que requer mantê-la mais próxima da equipe de saúde, na Tabela 7, investigou-se a relação entre a localização da mulher na espera pelo parto e as características de seu neonato. Com relação à avaliação do Apgar, a escassez de conceitos nascidos com depressão respiratória impossibilitou avaliação mais detalhada. Mesmo assim, é adequado considerar que a alocação da gestante no pré-parto foi adequada, o mesmo não se podendo afirmar quanto à acomodação em maca no corredor e na sala de recuperação, por serem inadequados; seja pelo desconforto, seja pela ausência de indicação clínica, já que eram ainda gestantes, pois não haviam parido.

Ao se considerar a presença de líquido amniótico e a localização do neonato, alguns aspectos chamam a atenção, apesar de não se ter verificado significância de tais associações com o local de espera para o parto. Observe-se que a presença de mecônio foi mais frequente para os conceitos de mulheres acomodadas em maca no corredor do centro obstétrico ou na sala de pré-parto, ao passo que a internação na unidade neonatal foi mais frequente para conceitos de mães inicialmente acomodadas em cadeira na recepção ou em maca no corredor do centro obstétrico (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre local de espera para o parto e características do neonato – HC 2016

Características do neonato	<i>Não soube informar</i>	Local da espera para o parto					Total
		<i>cadeira na recepção</i>	centro obstétrico				
			maca no corredor	cadeira no corredor	sala de recuperação	no pré-parto	
Avaliação de Apgar							
normal	16 (100,0)	19 (100,0)	55 (98,2)	36 (100,0)	34 (94,4)	59 (95,2)	219 (97,3)
deprimido	-	-	1 (1,8)	-	2 (5,6)	3 (4,8)	6 (2,7)
Líquido amniótico							

com mecônio	3 (18,7))	5 (26,4)	22 (39,3)	11 (28,9)	11 (30,6)	24 (38,1)	76 (33,3)
sem mecônio	13 (81,3)	14 (73,6)	34 (60,7)	34 (71,1)	25 (69,4)	39 (61,9)	152 (66,7)
Localização do neonato							
com a mãe	13 (81,2)	6 (31,6)	17 (30,4)	31 (81,6)	32 (88,9)	53 (84,1)	152 (66,7)
na unidade neonatal	3 (18,8)	13 (68,4)	39 (69,6)	7 (18,4)	4 (11,1)	10 (15,9)	76 (33,3)

Na Tabela 8, investigou-se a associação entre as características do neonato e o local da entrevista da puérpera, não se verificando qualquer significância nessas associações. Observe-se que neonatos nascidos com depressão cardiorrespiratória que não se recuperaram ao quinto minuto de vida, tiveram mães internadas na enfermaria de obstetrícia ou na sala de pré-parto. Paralelamente, não houve associação entre os sinais de risco do neonato, representados pela presença de mecônio no líquido amniótico, e o local de internamento da puérpera, já que houve manutenção de algumas em maca ou em cadeira no corredor do centro obstétrico, ou ainda, na sala de pré-parto. Todavia, identificou-se significância na associação entre o internamento materno, em outros locais que não a enfermaria de obstetrícia, e o internamento do neonato em unidade neonatal ($p < 0,001$).

Tabela 8 – Relação entre características do neonato e local da entrevista após o parto – HC 2016

Características do neonato	Local da entrevista n (%)						Total
	enfermaria de obstetrícia	centro obstétrico					
		sala de parto	maca no corredor	cadeira no corredor	sala de recuperação	no pré-parto	
Avaliação de Apgar							
normal	170 (97,1)	5 (100,0)	14 (100,0)	5 (100,0)	11 (100,0)	17 (94,4)	222 (97,4)
deprimido	5 (2,9)	-	-	-	-	1 (5,6)	6 (2,6)
Líquido amniótico							
com mecônio	64 (35,9)	2 (40,0)	5 (35,7)	-	2 (18,2)	4 (22,2)	77 (33,3)
sem mecônio	114 (64,1)	3 (60,0)	9 (64,3)	5 (100,0)	9 (81,8)	14 (77,8)	154 (66,7)
Localização do neonato							
com a mãe	135 (75,8)	2 (40,0)	8 (57,1)	1 (20,0)	3 (27,3)	6 (33,3)	155 (67,1)
na unidade	43 (24,2)	3 (60,0)	6 (42,9)	4 (80,0)	8 (72,7)	12	76

neonatal						(66,7)	(32,9)
----------	--	--	--	--	--	--------	--------

Na Tabela 9, estão apresentadas as características dos neonatos e seu local de internação, na tentativa de identificar associação. Não se pode comprovar tal associação, já que a indicação de internação em unidade neonatal esteve presente independente da condição de depressão cardiorrespiratória, expressa pelo índice de Apgar ou ainda pela presença de mecônio em líquido amniótico.

Tabela 9 – Relação entre características do neonato e seu local de internação– HC 2016

Características do neonato	Local de internação do neonato n (%)		Total
Caracterização do neonato	Local de internação do neonato		
	<i>Com a mãe</i>	Em unidade neonatal	Total
Avaliação de Apgar			
normal	148 (97,3)	74 (97,4)	222 (97,4)
deprimido	4 (2,7)	2 (2,6)	6 (2,6)
Líquido amniótico			
com mecônio	64 (35,9)	2 (40,0)	77 (33,3)
sem mecônio	114 (64,1)	3 (60,0)	1546,7)

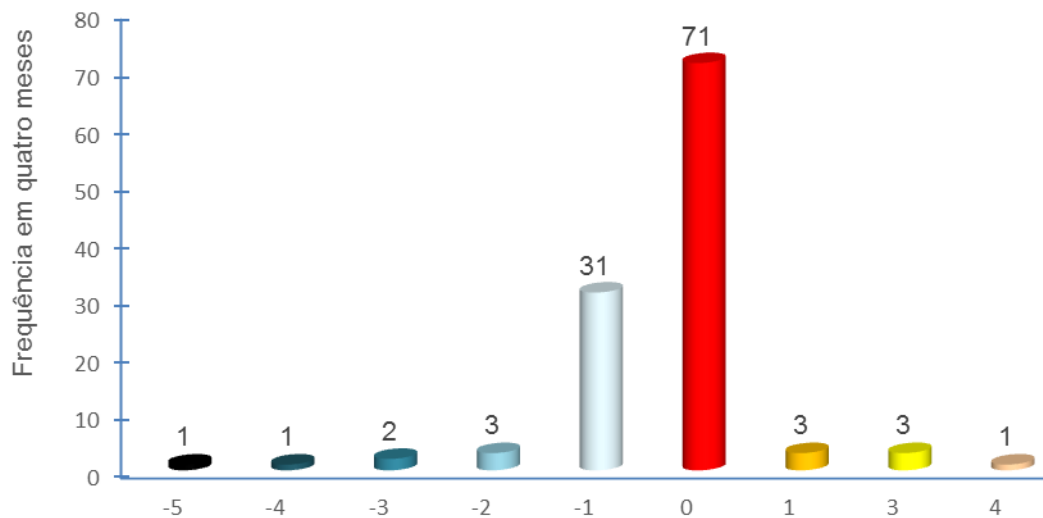
4.4A disponibilidade de leitos de Obstetrícia no local de estudo

Para análise da disponibilidade de leitos obstétricos na maternidade em estudo, considerou-se a diferença entre a capacidade instalada em centro obstétrico, alojamento de alto risco, alojamento para puérperas com seus neonatos (alojamento conjunto) e enfermaria de puerpério, definida e reconhecida pela Central Reguladora de Leitos Obstétricos do estado de Pernambuco. Esse indicador avalia a lotação da unidade, conforme se observa no Gráfico 4.

É relevante ressaltar que este estudo está fundamentado nas políticas públicas de atenção a gestantes e puérperas, do que derivou a comprovação de que, no hospital universitário público, tanto a indisponibilidade de leitos quanto a insuficiência de investimentos no setor de obstetrícia comprometeram a implementação de tais políticas e parece adequado admitir que essa realidade desrespeita as políticas de humanização e de atenção ao parto e puerpério.

No período de avaliação de 122 dias, a Secretaria de Saúde do Estado disponibilizou dados de 116 dias. Observou-se que em 38 dos 116 dias (32,8%), a capacidade utilizada foi menor que a instalada, portanto, havia a margem de segurança, ainda que pequena, para o preparo do leito entre a saída de uma puérpera e o internamento de outra. A margem de variação de leitos não utilizados foi de um a cinco leitos, todavia, a variação de excesso de utilização de leitos, ou seja, um número de pacientes internadas maior que a disponibilidade de leitos, variou de um a quatro.

Gráfico 4 – Distribuição da diferença entre capacidade utilizada e instalada em centro obstétrico, alojamento de alto risco, alojamento conjunto e enfermaria de puerpério segundo frequência em quatro meses – dezembro de 2015 a março de 2016



Diferença entre capacidade utilizada e instalada em centro obstétrico, alojamento de alto risco, alojamento conjunto e enfermaria de puerpério

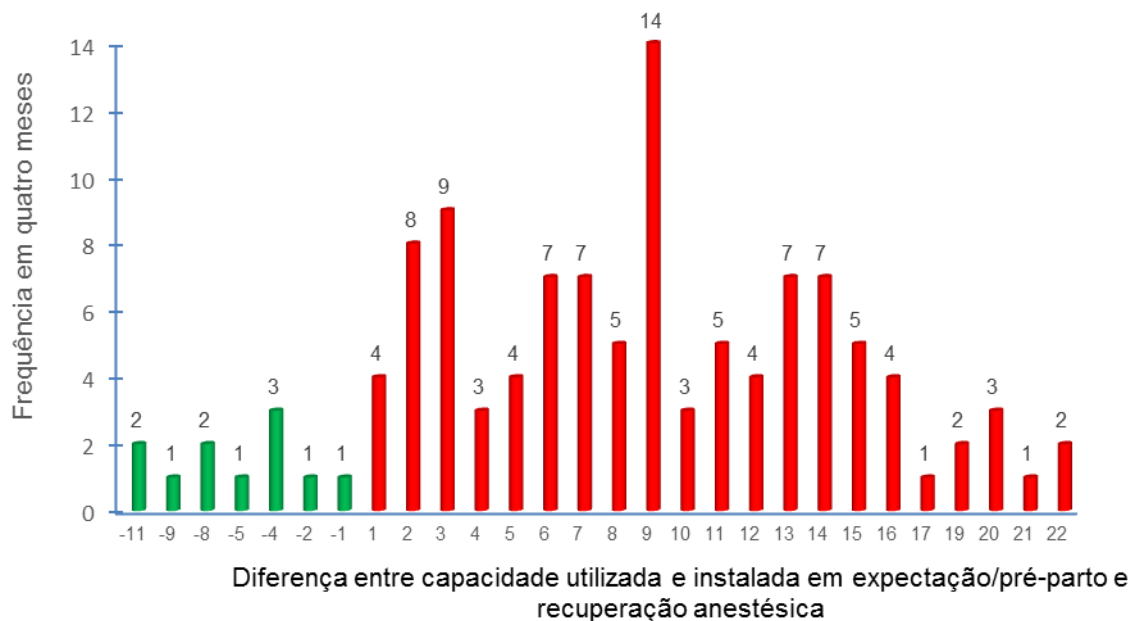
Semelhantemente, determinou-se a diferença entre o total de leitos efetivamente ocupado por gestantes e puérperas e o total disponibilizado pela Central Reguladora de Leitos para expectação e pré-parto, bem como a recuperação anestésica, como se observa no Gráfico 5.

Identificou-se que em 11 dos 116 dias em que a Secretaria de Saúde do Estado publicizou esse indicador (9,5%), o número de leitos disponibilizado em sala de expectação/pré-parto e recuperação anestésica não foi excedido, já que os valores da diferença são negativos, indicando que a capacidade utilizada foi menor que a capacidade instalada, disponibilizada para internamento de gestantes em sala

de expectativa/pré-parto e puérperas submetidas a parto cirúrgico, na sala de recuperação anestésica.

A variação de disponibilidade de leitos (capacidade instalada maior que utilizada) variou de um a 11 leitos, mas a superlotação (capacidade instalada menor que utilizada) esteve variando de um a 22 leitos, conforme se observa no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição da diferença entre capacidade utilizada e instalada em expectativa/pré-parto e recuperação anestésica segundo frequência em quatro meses – dezembro de 2015 a março de 2016



Constatar a indisponibilidade de leitos para parto e puerpério, com reflexos na qualidade da assistência, já que algumas das parturientes e das puérperas tiveram que permanecer inadequadamente acomodadas, denota um problema na assistência obstétrica, para o qual as políticas não conseguiram sequer reduzir os prejuízos. Assunção, Soares e Serrano (2014), em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, apresentam dados alarmantes, que corroboram as constatações de nossa pesquisa. As autoras relatam um aumento do total de leitos no estado de Pernambuco, em 2012, da ordem de 6,4%, pois havia disponibilidade de 2.397 leitos, em 2011, aumentando para 2.560 leitos, em 2012. Todavia, no mesmo período, a população feminina em idade fértil aumentou de 2.936.542 mulheres para 2.958.722, portanto, um contingente de 22.180 mulheres, das quais 75% são SUS dependentes. Além disso, há que se

considerar que, em junho de 2016, havia disponibilidade de 1.229 leitos obstétricos no estado, correspondendo a uma redução de 62% no período de 2012 a 2016.

4.5 Os profissionais de saúde e suas avaliações

Os oito profissionais de saúde entrevistados caracterizaram-se pelo predomínio do sexo feminino (6; 75%), média de idade de 40,8 anos e desvio padrão de 5 anos. Manteve-se a proporção de profissões atuantes em plantão, na qual predominam os técnicos de enfermagem, com igual quantitativo de enfermeiros e médicos. Os tempos de formação variaram de três a 30 anos, do que resultou média igual a 12,6 anos com desvio-padrão de 8,5 anos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das características dos profissionais de saúde participantes da pesquisa

Variáveis	Categoria	Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	6	75,0
	Masculino	2	25,0
Profissão	Enfermeiro	2	25,0
	Médico	2	25,0
	Técnico	4	50,0
Tempo de formação (anos)	3	1	12,5
	7	1	12,5
	8	2	25,0
	13	2	25,0
	19	1	12,5
	30	1	12,5

Quanto ao tempo de formação, constatou-se que médicos tiveram a maior média de tempo, ainda que não estivesse nesse grupo o profissional da equipe com maior tempo. Dentre os técnicos de enfermagem houve a maior variação de tempo de formação, do que resultou maior desvio-padrão amostral; fato não verificado dentre os médicos, dentre os quais, houve maior homogeneidade de tempo de formação. Apesar de tais variações, não se identificou diferença significativa das médias de tempo de formação ($p=0,703$). (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição de médias e desvios-padrão do tempo de formação dos profissionais de saúde entrevistados

Profissão	N	Tempo de formação (anos)			
		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Enfermeiro	2	8,00	0,000	8	8
Técnico de Enfermagem	4	13,25	11,899	3	30
Médico	2	16,00	4,243	13	19
Total	8	12,63	8,535	3	30

Questionados quanto à adequação da infraestrutura do serviço à demanda de assistência ao parto, houve unanimidade na negação, apontando uma oferta de leitos e de serviço assistencial ao parto e puerpério menor que a demanda, o que resulta na superlotação. As afirmações denunciaram prejuízos para as pacientes e os profissionais, em decorrência da inadequação dessa e de outras maternidades, nas quais esses profissionais exercem a assistência ao parto e puerpério.

[...] a estrutura dessa maternidade e de outras de alto risco são inadequadas salas de parto, pré-parto. é constante a falta de leitos, a má acomodação das pacientes e a necessidade de estar remanejando leitos - danoso para pacientes e profissionais (Participante 1).

Um participante chegou a comparar o clima decorrente da inadequação a um cenário de guerra, como se observa no trecho a seguir:

[...] insuficiência de leitos causando superlotação com pacientes em macas, cadeiras, inclusive gestantes parindo em cadeira. Há ocasiões em que a situação lembra um cenário de guerra, apesar de contarmos com profissionais de todos os níveis tentando prestar a melhor assistência (Participante 2).

Ao serem questionados quanto aos pontos positivos da assistência prestada a gestantes e puérperas no serviço, houve consenso em considerar a qualidade da equipe assistencial, como expressa um dos participantes ao considerar que “o ponto positivo é a experiência da equipe, mas tudo é comprometido pela superlotação (média de 400%)” (Participante 3). Outro participante, apesar de considerar a

“assistência difícil, pela demanda”, atribuiu parte dessa dificuldade a “profissionais que deixam muito a desejar” (Participante 2), no que foi corroborada por outro profissional, ao afirmar que havia dentre alguns profissionais o “não entendimento e a não aceitação da política de humanização” (Participante 4).

Solicitados a diferenciar os pontos negativos da assistência prestada a gestantes e puérperas, cuja correção dependia ou independia do trabalho dos profissionais, dentre os oito que responderam, sete afirmaram que, nas condições insalubres e desumanas de trabalho, era impossível fazer tal distinção. Além de afirmações como “superlotação dificulta a assistência individualizada; temos foco na paciente” (Participante 5); “tudo é comprometido pela superlotação (média de 400%)” (Participante 3); “nas condições de trabalho, nenhum profissional pode prestar boa assistência” (Participante 1), houve a indicação de pontos negativos relacionados ao desempenho da equipe, como: “falta autonomia e falta sintonia entre a equipe” (Participante 5); “não entendimento e não aceitação da política de humanização, bem como resistência a práticas menos intervencionistas na assistência ao parto” (Participante 4).

Ao investigar, ao longo do tempo, se os investimentos do governo federal contribuíram para a melhoria do atendimento, todos os participantes julgaram terem sido insuficientes exemplificadas como segue: “O governo federal nada fez além do necessário. Os serviços de saúde ainda necessitam de uma cobertura adequada” (Participante 8). No entanto, um dos oito profissionais procurou minimizar o problema, ao afirmar que “houve discreta melhoria” (Participante 4)”.

Com relação às políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher, incluindo a humanização do parto e puerpério e a regulação de leitos, questionou-se aos profissionais a forma pela qual essas políticas contribuíram para maior assistência, obtendo-se como resposta a negativa de todos os participantes, expressa de diversas formas, como se exemplifica:

[...] a intenção era boa, mas não funciona, deixa a desejar” (Participante 1);

[...] a política de humanização inicialmente motivou os profissionais para parto humanizado, mas questões do dia-a-dia (como superlotação, falta de materiais, falta de leitos) impossibilitam maior adesão à política (Participante 4)

Em parte, a política voltada para a atenção à saúde da mulher, incluindo a humanização do parto e puerpério, e a regulação de leitos ainda são insuficientes dada a superlotação e poucos centros de parto normal para atender à demanda (Participante 5)

Sim, a política voltada para a atenção à saúde da mulher, incluindo a humanização do parto e puerpério, e a regulação de leitos contribuem para melhor assistência, porém os serviços não prestam essa assistência da forma correta e muitas vezes nem prestam por falta de estrutura de serviço (Participante 8).

A dimensão do problema é ainda maior quando se considera o contido na Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011, que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha para a quantidade de leitos obstétricos determinando que haja uma proporção de 0,28 leitos obstétricos disponíveis; para cada 1000 mulheres em idade fértil, haveria necessidade de disponibilidade de 7.921 leitos obstétricos, no estado de Pernambuco (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Esses dados demonstram que a insuficiência de leitos para parturição não é um problema recente, o que indica que as políticas públicas voltadas para assistência à mulher não foram adequadas para correção do dimensionamento adequado de recursos financeiros para atender à demanda.

Ainda que se tenha identificado em algumas entrevistas a interferência do posto de trabalho na opinião sobre as políticas públicas voltadas à assistência da mulher no ciclo gravídico-puerperal, houve consenso entre os entrevistados em admitir insuficiência de leitos obstétricos e desconforto dos profissionais por serem obrigados a não prestar uma assistência de qualidade. A gravidade e o impacto social e médico desses fatos está consubstanciado em Parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina, como segue (MENEZES, 2012, p. 7):

Conclui-se, com o exposto, que em obstetrícia, diante das condições de urgência e emergência, sempre muito frequentes, as condições de judicialização do exercício médico e a banalização dos processos contra hospitais e médicos, este Conselho reafirma, diligentemente, o seu compromisso de defender melhores condições de trabalho para os médicos pernambucanos, exigindo dos hospitais e maternidades que componham suas equipes de cirurgia satisfatoriamente, dotando-as de condições que permitam uma melhora na qualidade do ato médico praticado e através de esforços conjuntos com sociedades científicas, sociedades civis, diretores das maternidades privadas e sindicato dos médicos, vem organizando o

atendimento obstétrico privado e na saúde suplementar, através de normas claras para a composição de plantões nas maternidades privadas, e normatização quanto à cobrança por disponibilidade para assistência ao parto de pacientes na saúde suplementar, com o intuito de se atingir melhores resultados obstétricos e neonatais”. E em curto prazo, prioritariamente, deve-se estabelecer uma solução para a falta constante de vagas para parturientes nos estabelecimentos de saúde da rede suplementar, [...]

Dentre as particularidades do presente estudo observou-se a ausência de peregrinação das gestantes para busca de leito em maternidade universitária pública federal, no período pré-parto. Assunção, Soares e Serrano (2014), em Pernambuco, assim como Souza e Costa (2009), em Maceió, e Cunha *et al.* (2010), no Maranhão, relataram a peregrinação de gestantes para conseguir vaga hospitalar de leito obstétrico. Essas mulheres, em média, percorriam ou eram referenciadas a três a quatro maternidades, antes que pudessem receber assistência obstétrica para parto e puerpério. Esses autores apresentaram argumentação semelhante ao afirmar que a central de regulação de leitos não poderia ser responsabilizada por essa peregrinação, dado que o problema estava afeito à restrição do número de leitos.

O fato de as gestantes de nosso estudo não terem enfrentado uma peregrinação pode ter como causa a disponibilidade dos profissionais do serviço em prestar atendimento, aceitando uma carga de trabalho desumana e condições de assistência muito aquém do ideal. Embora tal disponibilidade possa parecer ser digna de elogio, na verdade deve ser alvo de crítica, já que os profissionais expõem a si mesmos e as gestantes a condições inadequadas de atendimento, aceitando aumento de riscos obstétricos. Devido à falta de recursos, as políticas públicas relativas à assistência ao parto e puerpério não conseguem dar solução à falta de recursos, à insuficiência de leitos, o que acaba tolhendo o poder de decisão dos profissionais, já que os deixa sem outra opção – sua negativa em prestar assistência põe em maior risco ainda a saúde da gestante e de seu concepto (BRASIL, 2014; COUTO, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Esse contexto aumenta a importância da afirmação de um médico entrevistado, ao atribuir a possibilidade de atender a tantas gestantes em condições adversas à experiência da equipe de saúde atuante no local de estudo. Essa experiência está muito ligada a improvisações que são essenciais no desempenho profissional em condições contrárias e constituem risco para a saúde dos

profissionais, cujo reflexo tem sido documentado sem, contudo, abordagem das causas. O maior risco a que profissionais estão expostos durante o exercício do atendimento obstétrico em condições inadequadas é à síndrome do Burnout.

Bortoletti *et al.* (2012), analisando presença de comprometimento de saúde em 48 profissionais atendendo a pacientes obstétricos e ginecológicos, determinaram identificar que os médicos atuam em área de vulnerabilidade para o desenvolvimento da síndrome de burnout, devido ao alto grau de exaustão emocional e de desumanização, associados à repressão profissional, decorrente das condições inadequadas de trabalho.

Partindo do ensinamento de Cotta (2001, p. 94) de que “[...] a avaliação é uma atividade que, por suas próprias características, exige que as condições sejam intencional e meticulosamente criadas, sob pena de comprometer todo o esforço despendido”, é relevante notar que essa pesquisa foi planejada obedecendo a essas premissas. Buscou-se dar voz a gestantes, puérperas e profissionais de saúde, admitindo que uma política pública, desde sua concepção, tem por objetivo influenciar positivamente a vida dos cidadãos.

A atuação multifatorial do governo, ao definir uma política pública, ao decidir fazer ou não fazer algo para atender às necessidades da sociedade, deve considerar toda a rede de fatores sociais, econômicos e políticos determinantes de tal necessidade (COBB; TOSSI; ROSS, 1976; FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007). Foi na análise da rede de fatores que contribuem para a qualidade da assistência à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal que se buscou ouvir todos os grupos de atores sociais, direta ou indiretamente envolvidos na assistência, sempre mantendo a atenção na humanização do parto e na disponibilidade de leitos.

Admitimos, como Deslandes (2004), a necessidade de circunscrever claramente o que se deve entender por humanização, já que o termo, em saúde, não tem uma definição clara, mas se refere a uma assistência valorizadora do respeito ao profissional, admitindo a qualidade técnica do cuidado, associada ao respeito aos direitos, à subjetividade e à cultura do paciente. O autor, ao analisar o discurso oficial do governo sobre a humanização da assistência à saúde a partir da análise de textos, afirma que (DESLANDES, 2004, p. 7):

“[...] Tal conceito pretende-se norteador de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde. [Tem] idéias centrais da humanização como oposição à

violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional, eixo central dos textos

Adicionalmente, é preciso que se considere que:

[...] o conceito de humanização utilizado pelo PHPN considera dois aspectos fundamentais: um relativo ao tratamento digno pelas unidades de saúde e outro referente à adoção de medidas e procedimentos benéficos do acompanhamento do parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014, p. 14).

Partindo dessas premissas, retomamos o diálogo crítico com os autores da área de saúde pública e das ciências sociais para esmiuçar o significado dos resultados da pesquisa de campo, porém, não pudemos realizar tal detalhamento enfechando cada etapa da pesquisa em separado, pois a assistência à saúde necessariamente requer comunicação, inter-relações entre o órgão gestor (Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde), o prestador da assistência à saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) e o paciente (gestante ou puérpera), especialmente quando o assunto é implementação de política pública de saúde.

As políticas públicas, quando adequadamente planejadas e implementadas, reduzem os riscos de *burnout* de profissionais de saúde, bem como propiciam melhores condições de atendimento, o que não se observou na pesquisa, já que alguns depoimentos apontaram para barreiras hospitalares em atendimento humanizado ao parto aumentando, assim, a possibilidade de síndrome de *burnout dos* profissionais e o risco obstétrico para parturientes.

CONCLUSÃO

Ainda que os pressupostos das políticas públicas voltadas à assistência gravídica-puerperal sejam válidos e o Ministério da Saúde reconheça em seus textos técnicos os problemas decorrentes da superlotação das maternidades e da inadequação das condições de atendimento, essa avaliação de implementação constatou falhas na estrutura normativa e na atuação dos gestores, cujos reflexos comprometeram a saúde dos profissionais e a qualidade da assistência. Podemos classificar as falhas de implementação de tais políticas como fatores paralisantes oriundos de circunstâncias internas desfavoráveis (SARAVIA, 2006).

As políticas públicas cuja implementação analisa-se nesta Dissertação estavam fundamentadas em teorias claras e válidas de causa-efeito; estão implantadas há mais de cinco anos, considerados necessários para que as adequações de rotina de trabalho pudessem ser difundidas e implantadas. Adicionalmente, as demais condições que o autor aponta como necessárias, nessas políticas, estavam presentes. A especificação detalhada das tarefas compõem as ações é assegurada pelos manuais nacionais e internacionais de atendimento obstétrico, a comunicação e coordenação entre os gestores das instituições envolvidas na política também está consagrada na rotina médica e de enfermagem; assim também a obediência às premissas da assistência obstétrica. Decorre daí parecer pertinente admitir que os recursos alocados para implementação dessas políticas foram inadequadamente estimados, o que resultou na manutenção de insuficiência de leitos obstétricos, com todos seus impactos decorrentes.

Dessa forma, concluímos que a disponibilidade de leitos limita a humanização do atendimento a gestantes no momento do parto, ao mesmo tempo em que é limitada por inadequação gerencial e insuficiência de investimentos no setor, que desrespeitam as políticas de humanização e de atenção ao parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B. C. B.; CECATTI, J. G. J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, 2011.

ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. **Serviço Social Revista de Londrina**, v. 16, n. 2, p. 5–35, 2014.

BORTOLETTI, F. F. et al. *Triggering risk factors of the burnout syndrome in OB/GYN physicians from a reference public university of Brazil*. **ISRN obstetrics and gynecology**, v. 2012, p. 593876, 2012.

BRASIL. **Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** Brasil Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055, , 1990.

_____. **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. 53. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria Nº 4.272, de 30 dezembro de 2010 - Habilita Municípios e Estados a receberem recursos federais destinados à aquisição de produtos médicos de uso único para estabelecimentos de saúde**. Brasil Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 2010, nº. 251, , 2010.

_____. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção hospitalar**. 2011. ed. Brasil: [s.n.].

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. 35. ed. Brasília: [s.n.].

_____. **Humanização do parto e do nascimento**. Caderno 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2014.

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido parte 1**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas., 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Critérios E Parâmetros Para O Planejamento E Programação Âmbito Do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2015.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Governança Pública: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria** BrasíliaTCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, , 2014.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista Eletônica sobre a Reforma do Estado**, v. Dezembro/j, n. 16, p. 7–26, 2009.

CARVALHO, B. G. *et al.* Trabalho e intersubjetividade : reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2012.

CERNA, L. **The Nature of Policy Change and Implementation : A Review of Different Theoretical Approaches** Organisation for Economic Co-operation and Development Paris Organizaton for Economic Co-operatiion and Development, , 2013.

COBB, R.; TOSSI, J.-K.; ROSS, M. H. Agenda building as a comparative political process. **The American Political Science Review**, v. 70, n. 1, p. 126–138, 1976.

COLVERO, M. O. *et al.* Novas opções terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 4, p. 367–374, 2006.

COUTO, R. A. **Roteiro para atuação ministerial - Atenção perinatal** Brasília Grupo Nacional de Direitos Humanos, , 2012.

CUNHA, S. F. *et al.* *Peregrination during the antepartum period in São Luís – Maranhão*. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 441–447, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97–109, 2005.

FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy analysis - theory, politics and methods**. 2. ed. Middletown, Pennsylvania: Taylor & Francis Group, 2007.

FRIEDEN, T. **Brief 4 : Evaluating Policy Implementation** New York Center for Disease and Prevention, , 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Normas de apresentação tabular**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Centro de Documentação e Disseminação de Informações Estatística, 1993.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of policy cycle. In: FISSCHER, G. F. (Ed.). . **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. 2. ed. Millware, Pennsylvania: Taylor & Francis Group, 2007. p. 43–110.

KINGDON, J. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Eds.). . **Políticas Públicas - coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1p. 219–224.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, 2013.

MARINI, C. **Um decálogo da boa gestão pública : os desafios de um Estado para resultados**. XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. **Anais...**Buenos Aires: 2008

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 331–344, 2011.

MENEZES, M. L. B. **PARECER CONSULTA Nº 04/2013 - Vagas hospitalares para pacientes em franco trabalho de parto X leitos ocupados ou previamente reservados para cesarianas eletivas**. Recife: [s.n.].

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-Qualitativo : Oposição ou Complementaridade ? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239–248, 1993.

ONIAS, J. M. T. DA C.; CARVALHO, J. A.; ESCOBAR, K. A. DO A. Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista Científica do ITPAC - Araguaia**, v. 6, n. 1, p. 1–9, 2013.

PAIM, J. et al. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. VII, n. 13, p. 121–146, 2014.

RAHMAT, A. A. *Policy Implementation : Process and Problems*. **International Journal of Social Science and Humanities Research**, v. 3, n. 3, p. 306–311, 2015.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271–1294, 2012.

RIBEIRO, H. M. **O Modelo de Excelência em Gestão Pública como diretriz para a avaliação da execução de programas realizada pela Controladoria Geral da União**. [s.l.] Tribunal de Contas da União, 2012.

RODRIGUES, D. P. et al. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 614–620, 2015.

SANTOS, F. R. P.; TYRRELL, M. A. R. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 46–53, 2005.

SARAVIA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Eds.). **Políticas Públicas; coletânea Volume 1**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1p. 21–42.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

_____. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECCHI, L.; SCHÜÜR, F. **Análise de Políticas Públicas**. São Paulo: Publica verdade ao poder, , 2012.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Central de regulação de leitos manual operacional**. Recife Secretaria Executiva de Regulação em Saúde, , 2014.

SILVA, A. S. DA; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821–1828, 2005.

SILVA, J. DE R. S.; BARROS, V. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: um destaque ao sentido das variáveis contextuais. **Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 2, p. 10–24, 2004.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Political Science**, v. 8, n. 2003, p. 20–45, 2006.

SOUZA, D. DE; CONTIM, D.; D'INNOCENZO, M. Revisão integrativa dos estudos indexados sobre a Política Nacional de Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde–BVS. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde ...**, v. 2, n. 1, p. 53–62, 2014.

SOUZA, D. DE O.; COSTA, T. DE J. G. **A trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais...**Fortaleza: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.

SOUSA, J. M. P. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos: Notas Introdutórias. **Revista da Escola Nacional de Administração Pública**, n. 1, p. 1–24, 2008.

THOENIG, J.-C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista de Serviço Público**, v. 51, n. 2, p. 55–72, 2000.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529–550, 2008.

WEIBLE, C. M. *et al.* *Understanding and influencing the policy process*. **Policy Sciences**, v. 45, n. 1, p. 1–21, 2012.

WHO. Module 6 - *Monitoring and evaluating the project*. In: **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. Geneve: World Health Organization, 2006a. p. 1–24.

_____. Module 4 - *Understanding the policy, political and decision-making process*. In: **Health Service Planning and Policy-Making: a toolkit for Nurses and Midwives**. Geneve: World Health Organization, 2006b. p. 1 – 48.

_____. Module 5 - Managing the Advocacy change process. In: **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. Geneva: World Health Organization, 2006c. p. 1–62.

_____. Module 3 - Assessing contextual issues. In: **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. Geneva: World Health Organization, 2006d. p. 1–32.

_____. Module 2 - *Stakeholder Analysis and Networks*. In: **Health Service Planning and Policy - Making: a toolkit for Nurses and Midwives**. Geneva: World Health Organization, 2006e. v. Module 2p. 1–42.

WU, X. *et al.* **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
 Centro de Filosofia de Ciências Humanas
 Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a Sr^a. para participar como voluntária da pesquisa CONTRAPOSIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À REALIDADE DO ATENDIMENTO À GESTANTE, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Maria Cavalcanti Lemos, com endereço Rua Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Bairro da Várzea - CEP: 50740-530 - Fone: (81) 2126-8486 e e-mail renalemos@terra.com.br para contato da pesquisadora responsável (inclusive ligações a cobrar). A pesquisa está sob a orientação de Prof^a. Dr^a. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira, Telefone: (81) 99170-5562, e-mail. michelle.vfernandez@gmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade de seu atendimento na Maternidade agora ou em qualquer tempo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo da pesquisa é analisar a rede de fatores sociais, econômicos e políticos determinantes da disponibilidade de leitos visando à humanização do parto no Recife, com foco na atenção primária e secundária. Para tanto a senhora deverá responder a uma entrevista, após seu parto, enquanto a senhora aguarda para ter alta da maternidade. Nessa entrevista, a senhora irá contar todo o processo que viveu até conseguir um leito para parir seu(sua) filho(a) que acabou de nascer.
- Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa: sua participação nessa pesquisa tem início no momento em que começa sua entrevista e termina ao final da entrevista.
- RISCOS diretos para a voluntária – durante a resposta às perguntas da entrevista, a senhora poderá sentir constrangimento por se lembrar de fatos que ocorreram até conseguir esse leito para parir, mas esse constrangimento poderá ser diminuído pela pesquisadora que está disposta a acolher todas as suas informações porque todas são importantes.
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos para as voluntárias: as respostas da senhora podem ajuda-la a compreender tudo o que aconteceu até a senhora conseguir esse leito para parir. Suas respostas ajudarão os pesquisadores a analisar o que

está ocorrendo para corrigir as falhas e possibilitar a um número maior de mulheres conseguir assistência com maior facilidade que a senhora.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio da entrevista ficarão armazenados em pastas de arquivo e em banco de dados a ser armazenado no computador da pesquisadora responsável, com duas cópias feitas em dois discos rígidos móveis, no endereço acima informado pelo período de mínimo de cinco anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinada, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo CONTRAPOSIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À REALIDADE DO ATENDIMENTO À GESTANTE, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Como a senhora chegou nesta maternidade?

- Veio direto para cá porque fazia pré-natal aqui
- Veio direto para cá porque já conhecia
- Foi encaminhada por outro hospital

Se a senhora foi encaminhada de outro hospital, a senhora pode me informar por que veio para esta maternidade?

- Porque não tinha leito
- Porque o bebê precisava de UTI
- Porque não tinha médico para o parto no outro hospital
- Porque não tinha anestesista para o parto
- Porque o trabalho de parto complicou
- Porque eu estava mal e precisava de uma maternidade com mais recursos
- Porque tinha que ser parto cesáreo

TERCEIRO GRUPO - O ATENDIMENTO NESTA MATERNIDADE

Quando chegou nesta maternidade, a senhora estava sentindo as dores do parto?

sim não

Quanto tempo a senhora ficou sentindo as dores do parto antes de ir para sala de parto?

_____ horas _____ dias

Se a senhora não sentia as dores do parto, quanto tempo a senhora esperou antes de ir para sala de parto? _____ horas _____ dias

Onde está seu filho? está aqui com a mãe está na unidade neonatal morreu

A senhora esteve sempre acompanhada de seu companheiro ou de uma pessoa de sua escolha? sim não

QUARTO GRUPO - INFORMAÇÕES REGISTRADAS NA MATERNIDADE

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ Hora de admissão: ____:____ h

OS DADOS DA PARTURIÇÃO

Data da parturição: ____/____/____

DUM: _____ Idade gestacional: _____

Tipo de parto: vaginal cesáreo fórceps

Condição do neonato: Apgar 1º: ____ Apgar 5º: _____

Líquido amniótico: com mecônio sem mecônio

Varição do número de leitos obstétricos:

2010= 2011= 2012= 2013= 2014= 2015=

APÊNDICE C – PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE DADOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PRIMEIRO GRUPO – CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Iniciais: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: masculino feminino Profissão: médico enfermeiro técnico

Tempo de formação: ____ anos

SEGUNDO GRUPO – INFORMAÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA A PARTO E PUERPÉRIO

Considera que a infraestrutura do serviço está adequada à demanda de assistência ao parto?

Quais os pontos positivos da assistência prestada a gestantes e puérperas?

Quais os pontos negativos da assistência prestada a gestantes e puérperas cuja correção depende do trabalho dos profissionais?

Quais os pontos negativos da assistência prestada a gestantes e puérperas cuja correção não depende do trabalho dos profissionais?

Ao longo do tempo, você considera que os investimentos do governo federal contribuíram para a melhoria do atendimento?

As Políticas Públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher incluem a Humanização do parto e puerpério e a regulação de leitos. Na sua opinião, essas políticas contribuíram para melhor assistência?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRAPOSIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À REALIDADE DO ATENDIMENTO À GESTANTE

Pesquisador:

Renata Maria Cavalcanti Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50012515.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.309.976

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Ciências Políticas da Universidade Federal de Pernambuco. O referido projeto foi construído pela mestranda Renata Maria Cavalcanti Lemos que está sendo orientada pela Professora Doutora Michelle Vieira Fernandez de Oliveira.

O estudo aborda e discute a condição de assistência a gestante frente à Política Nacional de Humanização. Tendo em vista que as políticas públicas voltadas à saúde da mulher preconizam humanização da assistência e regulação de leitos em Maternidades visando à prestação de atendimento, esse ainda é um processo em construção.

A vivência do SUS e os resultados não exitosos em reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, as filas de espera e as barreiras derivadas da insuficiência de financiamento, fizeram com que o Ministério da Saúde publicasse normas que buscavam favorecer considerar o cidadão como parceiro na construção de serviços com eficiência, flexibilidade e credibilidade no cuidado em saúde. Significa dizer que o Ministério da Saúde tem buscado, nos 27 anos que transcorreram

desde a regulamentação do SUS, a mudança do paradigma de cidadãos receptores de cuidados em saúde.

Endereço:

Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Município: RECIFE: **UF:** PE **Bairro:** Cidade Universitária

RECIFE

CEP:

50.740-600

Telefone:

(81)2126-8588

(81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Um dos focos de atenção dessa mudança de paradigma tem sido o atendimento a gestantes, tanto na atenção primária, quanto em nível hospitalar, consubstanciada na Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher.

No entanto, ainda que haja diversas diretrizes, programas e normas disciplinadoras da atenção à saúde da mulher, na prática se têm verificado que os indicadores de eficiência e eficácia de atendimento não sofrem redução.

Tendo em vista o cenário acima exposto, este estudo tem como pergunta condutora a seguinte questão: As premissas preconizadas na Política Nacional de Humanização como na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher têm no processo de regulação de leitos uma barreira para sua implementação, tomando como exemplo um hospital universitário ?

Para alcançar a resposta da pesquisa, as pesquisadoras desenharam um estudo prospectivo, descritivo, quali-quantitativo, empregando pesquisa documental e entrevista. O caráter qualitativo consistirá na identificação dos fatores determinantes da trajetória de mulheres, no período pré-parto, em busca de lugar para parto, para permitir “aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto.

O caráter quantitativo do estudo consistirá das estatísticas de ocupação de leitos da enfermaria obstétrica e do centro obstétrico em que ocorrerá a pesquisa, assim como de frequência de respostas fornecidas pelas puérperas a perguntas fechadas do protocolo de entrevista.

O estudo será realizado na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar a rede de fatores sociais, econômicos e políticos determinantes da disponibilidade de leitos visando à humanização do parto em hospital universitário, com foco na atenção primária e secundária.

Endereço:

Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: UF: PE

Cidade Universitária

Município:

RECIFE

CEP:

50.740-600

Telefone:

(81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Específicos:

- Avaliar a disponibilidade de leitos para parto, em maternidade universitária pública federal;
- Identificar os investimentos, feitos em maternidade universitária pública federal, para disponibilização de leitos para parto;
- Identificar a trajetória das parturientes na busca de leito em maternidade universitária pública federal, no período pré-parto;
- Determinar as barreiras hospitalares para o atendimento humanizado ao parto, segundo opinião de profissionais de saúde do hospital universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

R
i
s
c

O
S
:

Dentre os riscos diretos para os participantes de pesquisa, pode estar certo constrangimento, percebido durante a resposta às perguntas da entrevista, decorrente da lembrança de fatos vivenciados em todo o processo de obtenção de leite para parir ou na assistência ao parto e puerpério, enquanto sua atividade profissional. Todavia esse constrangimento poderá ser diminuído pela pesquisadora dada sua disposição em acolher todas as informações dos participantes, por serem todas importantes para melhorar o atendimento.

Os possíveis riscos relacionados aos dados secundários são o extravio e a quebra de sigilo. No entanto, a pesquisadora se compromete a manter a confidencialidade e o trato necessário no manuseio dos dados como forma de minimizar esses riscos.

B
e
n
e
f
í
c
i
o
s
:

Quanto aos benefícios diretos e indiretos, devem ser considerados benefícios para os participantes, para a instituição local de estudo e para o setor público de saúde. Para os participantes, a entrevista se configura como uma oportunidade rica de compartilhamento de vivências que podem ajudar os estudiosos de políticas públicas a compreender a dinâmica de atendimento ao parto e puerpério;

Para a instituição local de estudo, podem-se aventar benefícios decorrentes de uma análise orientada por professores especialistas em políticas públicas, cujos saberes contribuem para melhor assistência,

principalmente quando se considera que o Sistema Único de Saúde ainda é uma política em construção

Endereço:

Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: UF: PE

Cidade Universitária

Município:

RECIFE

CEP:

50.740-600

Telefone:

(81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Para o setor público de saúde, essa pesquisa pode se configurar como uma análise de resultados, a qual pode apontar possíveis ações corretivas, que urgem no setor saúde, para que se melhore a qualidade da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo com tema relevante e de interesse para profissionais da saúde, para os serviços de saúde, bem como também para a comunidade em geral. O desenho metodológico está satisfatório e os objetivos são possíveis de serem respondidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados corretamente

Recomendações

:

N
e
n
h
u
n
m
a

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

N
e
n
h
u
m
a

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem

Endereço:

Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: UF: PE

Cidade Universitária

Município:

RECIFE

CEP:

50.740-600

Telefone:

(81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_601767.pdf	13/10/2015 11:28:34		Aceito
Outros	TConfidencialidadeRenata.pdf	13/10/2015 11:04:59	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRenata.doc	13/10/2015 11:04:27	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
Outros	usodados.pdf	09/10/2015 13:47:10	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
Outros	anuenedados.pdf	09/10/2015 13:46:42	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoRenata.pdf	07/10/2015 10:55:01	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
Outros	CurriculumMichelle.docx	01/10/2015 14:06:48	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
Outros	CuriculumRenata.docx	01/10/2015 14:03:15	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERenata.docx	01/10/2015 13:39:46	Renata Maria Cavalcanti Lemos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço:

Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: UF: PE

Cidade Universitária

Município:

RECIFE

CEP:

50.740-600

Telefone:

(81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

RECIFE, 05 de Novembro
de 2015

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO (Coordenador)