



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Oliveira Queiroz, Maria Veraci; Salete Bessa Jorge, Maria; Feitas Marques, Juliana; Mota Cavalcante, Alinne; de Abreu Peixoto Moreira, Karla

Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 16, núm. 3, julho-setembro, 2007, pp. 479-487

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416314>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO BASEADOS NA SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS¹

QUALITY OF CARE INDICATORS FOR DELIVERY BASED UPON MOTHERS' SATISFACTION

INDICADORES DE CUALIDAD DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO BASEADOS EN LA SATISFACCIÓN DE PUÉRPERAS

*Maria Veraci Oliveira Queiroz², Maria Salete Bessa Jorge³, Juliana Feitas Marques⁴, Alinne Mota Cavalcante⁵,
Karla de Abreu Peixoto Moreira⁶*

¹ Recorte da pesquisa “Avaliação da assistência perinatal: análise dos fatores que interferem na qualidade e definição de indicadores”, financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e Ministério da Saúde.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Vice-coordenadora do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Enfermagem da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Ceará, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Ceará, Brasil.

⁴ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ceará, Brasil.

⁵ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Bolsista da FUNCAP. Ceará, Brasil

⁶ Enfermeira Obstetra da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Obstetrícia pela Universidade Federal do Pernambuco. Com Residência em Saúde da Mulher pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. Especialista em Educação Profissional na Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Gestão Universitária pela UFC. Mestranda em Cuidados Clínicos em Saúde na UECE. Bolsista da FUNCAP. Ceará, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: **RESUMO:** Os objetivos foram caracterizar aspectos sociodemográficos e clínico-obstétricos de mulheres em situação de nascimento de um alojamento conjunto e descrever a satisfação associada à qualidade do serviço, ao acesso e ao acolhimento. Foi aplicado um questionário semi-estruturado, em unidade obstétrica, com 78 puérperas escolhidas aleatoriamente por conveniência. Os dados foram analisados descriptivamente e obtiveram-se os principais resultados: a maioria das mulheres sente-se satisfeita em relação ao serviço e à qualidade do atendimento, sobressaindo-se à atenção, a confiança e o respeito dos profissionais. A minoria que apresentou insatisfação destaca a demora no atendimento e as dificuldades ou negligência na comunicação, pois a linguagem é difícil e são muitas informações e desencontros nos conteúdos. Consideram-se tais informações relevantes a ensejar outros horizontes em que se possa ouvir com maior profundidade essas mulheres, as quais, timidamente, clamam pela atenção e bem-estar, indicando os significados da humanização e da melhoria da assistência.

KEYWORDS: Consumer satisfaction. Health status indicators. Postpartum period.

ABSTRACT: The objectives of this study were to feature sociodemographic and clinic-obstetric factors of women from collective housing in delivery and to describe their satisfaction associated with the quality, access, and welcoming aspects of the service. A semi structured questionnaire in an obstetrics unit with 78 mothers chosen randomly by convenience was applied. The data was analyzed descriptively and produced the following main results: the majority of the women feel satisfied in relation to the service and quality of care, highlighting the attention, confidence and respect of the professionals. The minority that demonstrated dissatisfaction highlighted the delay in attendance and the difficulties or negligency in communication; as the language is difficult there is much information and misunderstandings in the content given. Such information was deemed relevant to provide other horizons in which these women can be heard with more profundity, women who, timidly, call for attention and well-being, indicating the meanings of humanization and improvement of care.

PALABRAS CLAVE: **RESUMEN:** En este estudio los objetivos fueron caracterizar aspectos sociodemográficos y clínico-obstétricos de mujeres en situación de nacimiento en un alojamiento conjunto y describir la satisfacción asociada a la calidad del servicio, al acceso y a la acogida. Fue aplicado un cuestionario parcialmente estructurado a 78 parturientas de la unidad obstétrica escogidas al azar, por conveniencia. Los datos fueron analizados descriptivamente y los principales resultados obtenidos fueron: la mayoría de las mujeres se siente satisfecha en relación al servicio y a la calidad de la atención, destacándose la confianza y el respeto de los profesionales. La minoría que presentó insatisfacción destaca la demora en la atención y las dificultades o negligencia en la comunicación, pues el lenguaje es difícil y son muchas informaciones y desencontros en los contenidos. Se consideran tales informaciones relevantes para proporcionar nuevos horizontes en los que se pueda escuchar más profundamente a esas mujeres, que, timidamente, claman por atención y bienestar revelando los significados de la humanización y de la mejora de la asistencia.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária impulsionou as mudanças no sistema de saúde que se confirmou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema, que antes tinha caráter essencialmente curativo, hospitalocêntrico e excludente passou a defender outros princípios em que a organização das ações assumiu um modelo democrático e descentralizado com a participação dos usuários e dos trabalhadores da saúde no processo decisório e no controle de saúde. Outrossim, busca-se a constituição de um sistema de saúde que seja racional, organizado de forma que as ações e os serviços sejam afetados em função das necessidades da população. Desde a criação do SUS, observam-se grandes avanços no âmbito das políticas públicas de saúde. O princípio da integralidade, termo utilizado como referência à diretriz da atenção integral, deve ser combinado com o princípio da igualdade da assistência e a cobertura desses serviços à totalidade da população. Os sujeitos implicados com a saúde pública, que integram o conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivas e curativas, individuais e coletivas, nos diversos níveis de complexidade do sistema, buscam também a satisfação das necessidades de saúde dos usuários.¹ Portanto, conhecer o ponto de vista dos usuários acerca da satisfação, no que concerne aos serviços recebidos, torna-se eixo (re)estruturante das práticas da gestão e do cuidado à saúde.

O atual sistema público de saúde cria a possibilidade da eqüidade e a utopia do direito à saúde, ou seja, o direito à proteção da vida, independentemente do *status* social. A confirmação desse modelo significa lutar em todos os campos das profissões, desde a Academia, com maior sensibilidade para mudar o foco da prática do mercado, não baseado no *status* social, mas no risco de adoecer ou morrer. E, ainda, utilizar a epidemiologia para olhar criticamente a prática médico-sanitária, desvendando rituais, iatrogenias, ineficácia nos serviços de saúde, garantindo o acesso.²

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como uma das prioridades promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada; propõe novas diretrizes para o programa de humanização do parto e nascimento, incluindo a presença do/a acompanhante, abarcando todos os níveis de complexidade na atenção obstétrica e neonatal. Referida política destaca a formação dos profissionais de maternidades nessas

duas áreas específicas (obstétrica e neonatal) com larga abrangência e baseada em evidências científicas. Nesse sentido, foram efetivadas pesquisas que tinham como foco avaliação de serviços, direitos humanos na saúde materna e neonatal, atenção ao planejamento familiar no contexto da estratégia de saúde da família, dentre outras.³

Para atender algumas das prerrogativas do sistema público de saúde e da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, faz-se necessária a inclusão de estratégias em que seja possível viabilizar a participação das usuárias na avaliação da prestação dos serviços ofertados, os quais não podem ser “medidos” somente sob o ponto de vista dos gestores e trabalhadores de saúde, mas sendo necessário incluir aqueles que se beneficiam com o serviço.

Na saúde a pesquisa avaliativa tem múltiplas e variadas dimensões, mas destina-se, principalmente, a fazer julgamentos sobre a política, programas e serviços de saúde. A avaliação da qualidade da assistência possui diferentes naturezas, visto que pode se referir a aspectos qualitativos, quantitativos, objetivos e subjetivos, envolvendo satisfação e insatisfação do cliente, resultados do estado de saúde, relação entre as normas contempladas nos programas preconizados pelo sistema de saúde e as ações realizadas, entre outras. Sobre as características ou atributos a serem avaliados, destaca-se que a cobertura é a proporção da população que se beneficia do serviço ou do programa. Enquanto isso, a acessibilidade, mesmo relacionada com a cobertura, não é equivalente, pois se refere aos obstáculos interpostos à obtenção dos serviços por parte dos usuários. Além disso, apontam outras características relacionais entre os agentes da ação e os profissionais (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos).⁴

Considera-se que a inter-relação dos aspectos técnicos e relacionais deve ser incluída em toda gestão de qualidade. Nos estudos feitos por Donabedian, há três abordagens para estimar a qualidade dos serviços: estrutura, processo e resultado. A primeira envolve informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo e especialização de equipamento. O processo está relacionado às atividades realizadas na assistência, desde os diagnósticos, terapêuticas e reabilitação. São fenômenos complexos porque podem incluir tanto o componente técnico como de relação inter-

pessoal; o resultado refere-se ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre o estado de saúde. Na área materno-infantil, são vários os indicadores de resultados positivos ou negativos, tais como: mortalidade e morbidade infantil, incapacidades, desconforto e insatisfação no atendimento, dentre outros. Em relação ao processo, deve seguir a adoção de indicadores numa visão integral, contínua, interdisciplinar, incorporando as dimensões do processo saúde doença e os direitos sociais na garantia dessa assistência. No caso da assistência perinatal, faz-se necessário incorporar aspectos relevantes da atenção ao parto e ao nascimento nos objetivos da assistência materno-infantil, considerando as normas que o complementam para uma perspectiva de assistência desejável.⁵

A fase perinatal é considerada o percurso da gravidez a partir da 22^a semana de gestação ao sétimo dia de vida, momento em que se manifestam, com maior clareza, as doenças genéticas, os problemas relacionados à saúde da mãe, dentre outros. Este período é muito significativo no acompanhamento das condições de saúde e das doenças que acometem a mãe e o conceito, as quais repercutem, principalmente, no índice de morbimortalidade infantil, considerando que muitas ações podem ser realizadas para reduzir tais índices e ainda promover uma qualidade de vida para a criança, assim como para a genitora. É fundamental que se incorpore a avaliação da assistência perinatal na rotina do SUS e não somente proceder ao atendimento de demandas contingenciais por auditoria, mediante um serviço de avaliação permanente para os hospitais e a rede básica de saúde. Neste contexto, a criação de mecanismos de incentivo para os serviços, com resultados favoráveis à mãe e ao recém-nascido, elevaria a qualidade da assistência.⁶

Dentre os diversos indicadores estudados para avaliação da assistência perinatal em um hospital do serviço público, nessa pesquisa extraímos a satisfação das usuárias (mulheres no puerpério), pois a perspectiva dessas pessoas integra a realidade daquelas que estão usufruindo e percebendo diretamente a qualidade do atendimento ofertado.

É importante repensar o modelo de assistência oferecido a essas mulheres, observando aspectos estruturais e a relação usuários e profissionais. Compreender essas dimensões contribui para um direcionamento dos recursos disponíveis na realização de melhoria do serviço, para que sejam efetivadas e incorporadas às solicitações de nossa clientela/

usuária dos serviços de saúde, pois essas são as mais interessadas em um serviço de qualidade.

Ainda há, entretanto, a dificuldade em romper com o modelo tecnocrático que trata a mulher como objeto do cuidado, sem proporcionar autonomia sobre o seu corpo, separando-a de seus entes queridos e muitas vezes do próprio filho ao nascer. Não se pode todavia, negar o fato de que o modelo materno-infantil que priorizava a mulher em função somente de seu papel biológico melhorou com a instituição de muitos programas centralizados na atenção à saúde da criança e na saúde da mulher voltados ao pré-natal, parto e puerpério, humanização ao parto, dentre outros. É preciso, contudo, empreender esforços na implementação e na eficácia dessas ações e, assim, reaver os direitos sociais e a autonomia dos usuários.

Sabe-se que quanto melhor a condição de atendimento em um serviço de saúde, maior a chance do nascimento saudável, um tema que deve ser explorado enfaticamente, na área de reprodução humana. Torna-se relevante a avaliação dos serviços, na intenção de contribuir nas condições de oferta e na melhoria dos serviços para atender a demanda e as necessidades dos usuários do SUS. A acessibilidade, a formação de vínculos, a qualidade dos serviços e, consequentemente, a elevação da resolubilidade em todos os níveis de assistência, fazem parte das diretrizes que confirmam o desenvolvimento do SUS, garantindo uma assistência integral, equânime, conjugada nas ações de promoção e proteção à saúde.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais de um bom atendimento. Eles remetem à discussão de modelos assistenciais a serem adotados nos serviços de saúde. Podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, para que se possa atuar efetivamente sobre a saúde do indivíduo e da coletividade. São importantes também para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que a conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciam a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso por um longo tempo de contato com as famílias.⁷

As mudanças substantivas no modelo de operacionalização do sistema de saúde orientam para novas práticas e um modo de agir que contemplam a participação dos usuários com a origem em uma comunicação efetiva fundamentada na constituição da cidadania, ou seja, um atendimento fundamen-

tado na ética e na humanização. Tais prerrogativas preocupam a todos os que têm como foco de atenção a reprodução humana e o processo de nascimento saudável e acompanham, no cotidiano, as diversas situações de riscos e, ao mesmo tempo, os índices de mortalidade, os agravos e as doenças decorrentes da ineficiência em diversas instâncias das unidades de atenção à saúde da mulher e do conceito.

No recorte dessa pesquisa foram consideradas algumas condições estruturais na atenção ao nascimento, na perspectiva das usuárias, ou seja, como essas mulheres percebem a assistência recebida, o atendimento das necessidades de saúde com base nos seguintes objetivos: caracterizar aspectos sociodemográficos e clínico-obstétricos de mulheres em situação de nascimento e descrever a satisfação associada à qualidade do serviço, ao acesso e ao acolhimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, predominantemente, quantitativo. Foi realizado em um hospital terciário do SUS, referência em saúde materno-infantil no Estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2006, com 78 mulheres tomadas por amostragem (aleatória) por conveniência, ou seja, aquelas que se encontravam no alojamento conjunto com o filho sem anormalidades ou mães de bebês que aguardavam a saída do filho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foram utilizados questionários semi-estruturados, contendo as variáveis: idade, procedência, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade, tipo de parto, complicações na gravidez e os aspectos da satisfação que envolveram também a qualidade do serviço, o acesso e o acolhimento, conforme o entendimento das participantes da pesquisa.

Efetivou-se o tratamento dos dados mediante a utilização do programa estatístico SPSS versão 13.0. Cruzando algumas informações, gráficos e tabelas foram elaboradas, mas, neste estudo (recorte da pesquisa original), apresentam-se os resultados, mostrando a freqüência percentual das variáveis analisadas em sua forma descritiva. E, ainda, o complemento das informações, tais como justificativas das respostas, também foram apresentadas nos resultados da pesquisa, expressando a satisfação dos usuários em relação à assistência no hospital em estudo.

Foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).⁸ A pesquisa só foi iniciada

com a aprovação do projeto, sob o processo N° 04252522-5, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, do local origem do estudo e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das usuárias participantes do ensaio.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas e clínico-obstétricas das usuárias, são os seguintes achados: a procedência das mães usuárias desse serviço foi de Fortaleza (65%) e do Estado (35%). As ocupações/profissões dessas mulheres corresponderam, principalmente, a: do lar (mulher que não trabalha fora de casa, somente cuida do seu lar) (56,4%), estudante (14,1%), doméstica (6,4%) e variadas profissões, como professora, costureira e auxiliar de produção, dentre outras, que apareceram com média de 1,3% a 2,6%.

Quanto à idade, estão classificadas em menor de 20 anos (26%), entre 20 e 30 anos (58%), entre 30 e 40 anos (15%) e maior de 40 anos (menos de 1%). Sobre o estado civil as usuárias referiram: união consensual (53%), solteira (26%), casada (21%), separada (menor que 1%). A escolaridade das usuárias correspondeu a ensino médio completo (27%), ensino médio incompleto (13%), ensino fundamental completo (15%), ensino fundamental incompleto (42%), sem escolaridade (2,6%), enquanto os que não informaram a sua escolaridade corresponderam a apenas (1,3%).

Sobre a situação clínica-obstétrica registrou-se o fato de que 64% dos partos foram do tipo cesáreo e 36% do tipo transpelviano. Em relação às complicações na gravidez, sob o ponto de vista das mulheres, corresponderam a pré-eclâmpsia (21,8%), cardiopatias (6,4%), hemorragia (5,1%), ITU (1,3%) e outras complicações (10,3%) Vale ressaltar que 52,6% das mulheres informaram não ter apresentado nenhum tipo de complicações.

No que concerne à satisfação das usuárias quanto ao serviço, 74,3% relataram estar muito satisfeitas, enquanto 24,4% e 1,3% razoavelmente satisfeitas e pouco satisfeitas, respectivamente. As justificativas das mulheres em relação às suas respostas estão contempladas nas descrições que se seguem. Mostra-se que das 74,3% respondentes que se encontravam muito satisfeitas, os principais motivos foram: o hospital oferece um bom atendimento, os profissionais são bons, atenciosos, tratam com respeito e tiram as dúvidas; o hospital é limpo,

foi atendida rapidamente, é tudo no horário certo, medicação e comida; prestaram muita assistência ao bebê, o hospital tem uma boa estrutura, tem equipamentos para o bebê; o hospital tem uma boa estrutura, tem equipamentos para o bebê. Em relação à qualidade do atendimento em si, 70,5% das usuárias se encontram muito satisfeitas, 26,9% mais ou menos satisfeitas, e uma minoria (2,6%) revelou pouca satisfação com a qualidade do atendimento.

Os motivos que levaram as mulheres a considerarem “estar” pouco satisfeitas (25,7%) foram os seguintes: não são todos os profissionais que tratam bem; alguns profissionais são mal-educados e falam com grosseria; os profissionais não escutam o que a paciente tem a dizer; falta de higiene e demora no atendimento.

Em relação às informações recebidas no serviço, 79,5% das usuárias responderam ser muito claras, enquanto 17,9% pouco claras e 2,6% declararam nenhuma clareza. As informações que justificam clareza foram sumarizadas nas idéias de que os profissionais explicam com paciência e educação, mesmo sem a paciente perguntar, e ainda porque não ficaram dúvidas, pois os profissionais explicam tudo sobre as medicações e os procedimentos que vão realizar. Em contrapartida, as mulheres que demonstraram não ter clareza nas informações (20,5%), embora as respostas sejam bem pontuais, trazem a realidade vivenciada por estas mulheres que justificam: os profissionais não esclarecem sobre a saúde do bebê; a linguagem que os profissionais utilizam, nem sempre, é clara para a paciente; são muitas informações ao mesmo tempo, o que torna a paciente confusa; às vezes ocorre desencontro de informações; os profissionais não têm paciência para dar informações, falam muito rápido e sem educação. Estas mulheres esclarecem ainda que a timidez delas atrapalha na hora de tirar as dúvidas.

As mulheres foram inquiridas sobre a atenção e a confiança que repassam os profissionais durante o atendimento e obtiveram-se as seguintes respostas: muita atenção (59%), razoável atenção (34,6%) e pouca atenção (6,4%). Em relação à confiança, correspondeu a muita confiança o percentual de 56,4%, razoável confiança 33,3%, e, somando-se, pouca/nenhuma confiança correspondeu a 10,3%. A atenção e a confiança são justificadas positivamente pelos atos dos profissionais em relação à comunicação, incluindo a maneira de falar com a paciente e o conhecimento que demonstram ter os profissionais. Essas usuárias mostraram, no entanto, que a pouca

ou nenhuma confiança ocorre pela demora na entrega dos exames, na falta de atendimento aos chamados e porque algumas informações são desencontradas.

Nesse contexto de avaliação do relacionamento com os trabalhadores de saúde, a maioria das usuárias se sente respeitada (93,6%) e somente 5,1% sentem-se desrespeitadas, enquanto 1,3% não respondeu. As respostas positivas justificam-se pelo interesse dos profissionais com a saúde do filho e porque respondem às dúvidas imediatamente e com clareza. As respostas negativas referem-se, principalmente, à relação com os médicos, pois estes falam sobre o seu estado de saúde com outros médicos na sua frente, sem, no entanto, dirigir-se diretamente a ela (usuária).

Em relação às informações oferecidas sobre o funcionamento do serviço, 39,7% das usuárias revelaram ter recebido informações, enquanto 59% disseram não ter recebido informação nenhuma; apenas 1,3% não soube informar.

Em relação ao tempo de atendimento, 11,5% das usuárias afirmaram que os serviços prestados acontecem com muito atraso, 24,4% com atraso, 14,1% com pouco atraso, enquanto 44,9% sem nenhum atraso, no entanto, 5,1% não souberam responder.

Em relação à organização do ambiente físico, 48,7% consideram excelente, 48,7% conceituam como boa, já 1,3% afirmou que é ruim e 1,3% não soube responder. As justificativas principais da excelência no atendimento referem-se ao conforto e à ventilação da enfermaria e à higiene do ambiente. Outras mulheres, no entanto, referiram que a limpeza dos banheiros é precária e a enfermaria é pequena para tantos leitos. Ressaltaram ainda que o “hospital está muito desorganizado com a reforma”.

Sobre esta situação relatada, vale salientar que o hospital está sendo ampliado e passará de 257 para mais de 400 leitos, distribuídos em várias especialidades, ofertando maior cobertura e melhoria no atendimento à clientela usuária. O Setor de Obstetrícia ainda não foi contemplado com a reforma é alvo das consequências da redução de leitos e mudanças contínuas do setor de emergência obstétrica.

Sobre os recursos materiais, 75,6% das usuárias afirmaram que o hospital possui excelente organização com recursos materiais, enquanto para 20,5%, os recursos materiais são bons, somente 2,6% afirmaram que os materiais são escassos, e 1,3% não soube responder. Algumas mulheres ressaltaram a deficiência na troca de lençóis e roupas dos pacientes e ainda a falta de um lazer, por não haver televisão na enfermaria.

Quanto ao acesso, 78,2% das usuárias responderam que a entrada inicial foi fácil e 19,2% consideraram difícil o acesso, enquanto 21,8% afirmaram que o acesso inicial foi muito difícil. As facilidades no acesso foram justificadas por dois motivos principais: por haver algum conhecido no hospital ou porque o caso era considerado grave.

As dificuldades principais apontadas foram a demora no atendimento e a falta de vaga. Em relação à rapidez no atendimento, 47,4% consideraram rápido e 43,7% relataram que houve demora, 5,1% expressaram que houve muita demora, enquanto 3,8% não souberam informar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Trazendo à tona os objetivos da pesquisa, observam-se características comuns à população geral de usuárias dos serviços públicos na assistência à maternidade. Destaca-se procedência da Capital, o que é esperado, haja vista que atualmente é possível a assistência ao parto de baixo e médio risco em muitas cidades do Estado em virtude da abrangência da atenção primária e secundária, facilitando o controle e a prevenção das gestações de riscos, embora ainda não seja notória a melhoria da atenção no plano terciário de assistência na maioria das regiões do Ceará; sem mencionar, ainda, a escassez e não-realização do sistema de referência e contra-referência quando do encaminhamento dessas mulheres de risco.

A maior faixa etária está entre mulheres jovens, período de grande fertilidade, pelo processo fisiológico. Outros fatores socioculturais, no entanto, podem influenciar esse resultado em função dos interesses pessoais de cada mulher. As estatísticas mostram elevada incidência de gravidez na adolescência, e, da mesma forma, há mulheres que fazem opção pela maternidade mais tarde, o que se justifica pela necessidade crescente da mulher em priorizar a sua carreira em detrimento da maternidade. Vale ressaltar que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas).⁹

O estudo identificou também o tipo de parto e as complicações maternas, configurando o perfil epidemiológico desse serviço de atenção especializada com aumento dos índices de partos abdominais em virtude das condições perinatais de risco.

Percebe-se que o tipo de parto cesárea teve

predominância, possivelmente por ser um hospital de maior complexidade e receber muitas gestantes de risco, embora mais da metade das respondentes não tenha apresentado complicações, pois o principal agravo registrado foi a pré-eclâmpsia seguido de outros não especificados pelas participantes da pesquisa. Embora nem sempre esse agravo na gestação tenha que evoluir para um parto cesáreo, sabe-se que as síndromes hipertensivas, incluindo a pré-eclâmpsia, são as complicações mais freqüentes na gestação, sendo responsáveis pelo aumento das induções e partos operatórios, e constituem no Brasil a primeira causa de morte materna e a hipertensão na gravidez ocorre em 6 a 10% dos casos, sendo responsável por 15% das mortes maternas, enquanto 3% das grávidas têm hipertensão crônica.¹⁰⁻¹¹

A análise da satisfação das usuárias em relação aos serviços prestados pelas instituições de saúde traz uma compreensão dos diversos e complexos processos psicossociais e organizacionais, estando relacionada principalmente ao bem-estar dessas usuárias que, no caso do serviço público, são co-participantes do sistema, considerando os direitos à saúde e a constituição da cidadania. As concepções atuais de saúde, fundamentadas em novos paradigmas que superam o modelo biológico e amparadas num padrão ampliado de saúde, tendem a evoluir para práticas de intervenções centradas na pessoa e na produção de saúde.¹² Para tanto, no contexto de saúde da mulher, faz-se necessário (re)humanizar a assistência ao nascimento, ensejando à mulher a vivência do seu parto da forma desejada e com uma relação interpessoal dos trabalhadores de saúde, de forma horizontalizada.¹³

De um modo geral, as mulheres mostraram-se satisfeitas em relação ao serviço e à qualidade da assistência. Justificam as suas respostas pela atenção, respeito e a pontualidade no atendimento. Ressaltam também a estrutura e os equipamentos como fatores que aumentam a qualidade da assistência. Embora uma pequena parcela das usuárias tenha revelado pouca satisfação e insatisfação relacionada à qualidade da assistência, notam-se ainda algumas contradições nas respostas. A minoria que apresentou insatisfação destaca a demora no atendimento e as dificuldades ou negligência na comunicação, pois a linguagem é difícil e são muitas informações e desencontros nos conteúdos. Esse fato pode ocorrer pelo conteúdo diferenciado das conversas dos profissionais que, muitas vezes, não atentam para a necessidade de incluir ou respeitar a presença das

mulheres durante as visitas ao leito, ou mesmo em conversas paralelas com outros profissionais.

A resistência dos profissionais a uma atenção centrada na paciente ocorre freqüentemente, por desconhecerem outra forma de atendimento, apontando para a necessidade de adequação ao novo modelo, já que não foram preparados pelas universidades para atuar de forma diferenciada e respeitando a subjetividade e autonomia do cliente. Acredita-se que a efetivação de mudanças será possível com a melhoria de recursos humanos e materiais, além de uma remuneração adequada, assim como o desenvolvimento de um plano institucional de capacitação permanente dos trabalhadores de saúde. “Um grande desafio está direcionado às políticas públicas de saúde, no sentido de contribuir para a efetivação da premissa da eqüidade - política, jurídica, social e econômica - e para a desconstrução do modelo de medicalização do corpo feminino e, consequentemente, do parto”.^{13:32}

O acesso foi uma categoria avaliada, o que a maioria das usuárias do serviço considerou favorável, no entanto, percebeu-se também um diálogo reprimido pelo medo de emitirem informações que comprometessem o relacionamento com a equipe de saúde. Não se concebe tal perspectiva que bloqueia a comunicação e a autonomia dessas mulheres em um momento crucial de celebração da vida.

As configurações tecnológicas dos processos de trabalho na saúde situam em relevo as tecnologias leves, referindo-se àquela que envolve relações tais como: produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como forma de governar processos de trabalho. Nesse sentido, destaca-se como dimensão-chave a relação com os usuários, pois, neste encontro vivo, se expressam outros componentes vitais, como o vínculo e a autonomização dos sujeitos.¹² Inversamente a essas dimensões, a assistência ao parto ainda se encontra pautada em uma série de procedimentos invasivos, desnecessários e inúteis, os quais refletem na subjetividade da mulher ao dizer que parir é sofrer.¹³

Com a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ampliam-se as estratégias de atendimento às necessidades da população feminina, enfatizando ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo, exigindo atitudes diferenciadas dos trabalhadores de saúde a fim de atingir a integralidade do atendimento e propondo uma prática educativa de forma que esta clientela se aproprie de conhecimentos, tornando-a

participante no controle de sua saúde. A adoção do PAISM tem significado social, destacando-se a sua relevância como proposta de mudança na atenção à saúde da mulher, pois o seu conteúdo, além da integralidade, representa um passo significativo para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta. Porém, é preciso ganhar força para que seja implementada em todo o País. Percebe-se a inoperância do programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais¹⁴.

Em razão desse contexto, é imprescindível assinalar a importância de uma assistência sistematizada no processo de nascimento, com ações multidisciplinares e integradas e a inclusão dos usuários nas escolhas e decisões sobre os procedimentos e necessidades de saúde, ou seja, participação das mulheres na atividade de autocuidado e assistência ao filho como sujeitos e detentoras de direitos. Tais iniciativas trazem outras dimensões destacadas atualmente, na política de atenção à saúde da mulher, que podem indicar o acolhimento e a formação de vínculos com o serviço de saúde. São ações acrescidas no plano da atenção integral e humanizada, que orientam a melhoria dos indicadores na saúde da mãe e do bebê em função desse atendimento, incluindo o acesso aos serviços e a necessidade de integrar a assistência pré-natal ao momento do parto. Sem essas providências, não se atingirá uma assistência qualificada à mulher no processo de nascimento, conforme as propostas do SUS.

Nesse estudo, o relacionamento e a ineficiência na comunicação constituem as principais razões destacadas pelas mulheres no que se refere à insatisfação na atenção recebida. Embora suas falas sejam tímidas, possivelmente, este comportamento ocorre pelo momento e ambiente em que se encontram (pós-parto imediato). As usuárias nem sempre têm a consciência de que a saúde é um direito do cidadão, nem são estimuladas a incorporar essa informação.

Nesse sentido, a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, de 2000, é orientada por um novo paradigma na atenção à saúde da mulher. Tais concepções estão configuradas também nas bases filosóficas do PAISM, que introduzem os conceitos de integralidade e autonomia corporal a serem estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao Programa. A operacionalização da

idéia de integralidade foi o maior desafio, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma posição que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Nas duas décadas após o início da implantação dessa política, percebe-se as formas diferenciadas de desenvolvimento e organização no País refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher.¹⁵

Diante dos resultados, pode-se retirar algumas conclusões, mas deve-se considerar o contexto do estudo ampliado, que vai além dos indicadores de satisfação sob a perspectiva das mães usuárias do serviço, pois se trata de um recorte da pesquisa “Avaliação da Assistência Perinatal”.

A leitura feita dos depoimentos das mulheres atingiu um percentual elevado em torno da satisfação, todavia, para se atingir a excelência no atendimento, há que se aprimorar os aspectos da comunicação, uma vez que, notadamente, foi um elemento central na insatisfação delas em serviço de internação obstétrica.

Algumas insatisfações relacionadas ao ambiente físico e o próprio acesso ao serviço foram aspectos ressaltados pelas mulheres, mas elas próprias reconhecem que esses transtornos foram influenciados pela reforma física do hospital, pois está sendo ampliado em grande escala, em vários setores, ocasionando desconforto, dificuldade de acesso em vários sentidos da palavra e às vezes insegurança quanto à eficácia do serviço, tanto para os usuários como para os trabalhadores de saúde. Consideram-se tais informações relevantes para compreender o contexto analisado, mas, vale salientar, a insatisfação é produzida não somente pela reforma física, mas também pelas condições organizacionais, incluindo a precarização dos recursos humanos (muitos profissionais terceirizados, cooperados), ou seja, sem vínculo empregatício e sem remuneração digna. Assim, a monitorização da assistência e os indicadores da qualidade retratam uma realidade que se encontra desviada dos reais objetivos de um serviço público de referência nas especialidades e na qualidade do atendimento.

Nesse contexto, espera-se que os resultados deste estudo possam estimular reflexões que favoreçam mudanças urgentes nas circunstâncias de trabalho e nas condições de oferta de serviços, com a sensibilização e ação junto aos trabalhadores na adequação das ações, ao modelo de atenção proposto pelo SUS, no que se refere à otimização

do acesso, vínculo e acolhimento das mulheres no processo de nascimento enfatizando-se a proposta de humanização. E, ainda, que o estudo enseje outros horizontes de avaliação, podendo-se ouvir com maior profundidade as vozes dessas mulheres que clamam pela atenção e bem-estar. Esses indicadores de amplos significados na humanização, no entanto, podem sinalizar a necessidade de mudanças institucionais, objetivando a qualificação da assistência e respostas à aplicabilidade da política de atenção à saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva JPV, Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadores. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
- 2 Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção integral à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF): MS/SAS; 2005.
- 4 Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador (BA): Fiocruz; 2005.
- 5 Rattner D. A epidemiologia da qualidade: uma proposta. Cad. Saúde Públ. 1996 Dez; 12 (Supl. 2): 21-32.
- 6 Magalhães MDAC, Carvalho MS. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Rev. Bras. Saude Materno-Infant. 2003 Jul-Set; 1 (3): 329-37.
- 7 Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003 Jan-Fev; 19 (1): 27-34.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
- 9 Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004 Sep; 26 (9): 697-702.
- 10 Piato S. Complicações no ciclo gravídico-puerperal. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 1995.
- 11 Remígio JN, Pinheiro LS. Temas de Ginecologia e Obstetrícia. Recife (PE): EdUFPE; 2001.

- 12 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
- 13 Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização do parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar; 15 (1):107-14.
- 14 Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 1998; (supl.1): 25-32.
- 15 Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Públ.* 2004 Set-Out; 20 (5): 1281-9.