



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Débora Cecília Chaves de Oliveira

**Análise da adesão e do cuidado obstétrico para melhoria da qualidade em maternidades
privadas no “Projeto Parto Adequado”**

Rio de Janeiro

2022

Débora Cecília Chaves de Oliveira

Análise da adesão e do cuidado obstétrico para melhoria da qualidade em maternidades privadas no “Projeto Parto Adequado”

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Jacqueline Alves Torres.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Analysis of adherence and obstetric care to improve quality in maternity hospitals in the “Project Parto Adequate”.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

O48a Oliveira, Débora Cecília Chaves de.
Análise da adesão e do cuidado obstétrico para melhoria da qualidade em maternidades no “Projeto Parto Adequado” / Débora Cecília Chaves de Oliveira. -- 2022.
187 f. : il.color, fotos, mapas.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Coorientadora: Jacqueline Alves Torres.
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 102-112.

1. Avaliação em Saúde. 2. Modelos de Assistência à Saúde. 3. Difusão de Inovações. 4. Obstetrícia. 5. Educação Interprofissional. I. Título.

CDD 618.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Débora Cecília Chaves de Oliveira

Análise da adesão e do cuidado obstétrico para melhoria da qualidade em maternidades privadas no “Projeto Parto Adequado”

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde

Aprovada em: 20 de maio de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Andreza Rodrigues
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Rosa Maria Soares Madeira Domingues
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Prof.^a Dra. Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Jaqueline Alves Torres
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho ao meu Eu interior, que quando frágil foi forte.
Para todos que amo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, quem me fortaleceu durante o desafio que é o doutorado.

À Escola Nacional de Saúde Pública por me acolher, por me ensinar e por materializar o meu sonho de ser Fiocruz.

À Elyne, minha orientadora tão carinhosa e compreensiva que encontrei nesta caminhada. Obrigada por abrir as portas da Fiocruz de uma maneira tão gentil. A oportunidade de trabalhar contigo me fez crescer pessoalmente e profissionalmente.

À Jacqueline, minha coorientadora, obrigada por me apresentar ao grupo e me oportunizar trabalhar com a pesquisa Nascir Saudável.

À equipe de pesquisa da Nascir Saudável, em especial, agradeço à Andreza Rodrigues, Lúcia Nicida e Maysa Luduvise, parceiras e motivadoras que acreditavam em mim quando eu mesma duvidava. Seria impossível seguir sem todas as nossas trocas acolhedoras e amáveis!

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, pelos saberes compartilhados. Aos membros das bancas de seminários avançados e de qualificação agradeço o aceite e as contribuições que enriqueceram a caminhada.

Aos colegas e amigos da turma de doutorado 2018, agradeço por serem tão incríveis. Em especial às amigas mais próximos: Michele, Mariane, Mabel, Patrícia, Lucineia.... tudo que eu disser será pouco para agradecer todo apoio, amor, abraço, carinho que vocês me ofertaram no Rio de Janeiro.

Aos meus pais Zelene e Eustáquio por me amarem tanto, por compreenderem minha ausência e por me incentivarem sempre. Amo o amor de vocês. Essa caminhada é por vocês!

Aos meus irmãos e sobrinhos Rafael, Sarah, Victor e Gabriel vocês são a luz da nossa família. Agradeço por todo apoio, amor, carinho e vida que vocês me trazem.

Agradeço a todos os membros da família Chaves e Oliveira. Em especial minha avó, Augusta (in memoriam), esse doutorado é para a senhora vó, te amo!

Aos amigos do Rio, por apoiarem, abrirem espaços e sempre estarem dispostos a uma conversa, um café, um barzinho e várias risadas: Adriane, Juci, Fernando, Rafael, Faby, Rebeca, Caio, todos os amigos do alojamento da Fiocruz. Aos meus amigos mineiros, os quais me incentivam, me fortalecem mesmo longe geograficamente e fisicamente, mas próximos de coração, por mensagens, por ligações... em especial a Taísa, Luana, Cláudia, Fernanda, Polly e Letícia.

Aos profissionais que concederam entrevista e tornaram este trabalho possível.

À ABENFO, por me permitir estar como secretária nacional, em especial à Kleyde,

Kelly e Rafaela por fortalecerem cada vez mais a Enfermagem Obstétrica. Obrigada pela parceria e amizade sincera.

A todos profissionais que me acolheram em todos os locais que passei durante esse meu percurso. Em especial à todas as professoras da UFRJ pela oportunidade do exercício da docência, em especial à Gaby. A todas as enfermeiras as quais tive a oportunidade de coordenar e trocar experiências. A todos os médicos de família, em especial a Dra. Camila Dala Riva. Aos meus chefes diretos, Walter e Pedro por acreditarem no meu potencial. A todos da Universidade Celso Lisboa, em especial a Patrícia, Ana e Jorge. A todos os profissionais inseridos no projeto *Ápice On/RJ*. A todos os meus alunos e a todas as gestantes e mulheres que cuidei, obrigada por permitirem fazer parte da trajetória de vocês!

Aos profissionais da Secretaria Acadêmica e Comitê de Ética, por proverem os trâmites burocráticos necessários no percurso do doutorado, em especial ao Eduardo e Maria Emília pela simpatia e pelo trabalho impecável.

Aos membros da banca de defesa, os professores Dr^a Andreza Rodrigues, Dr. Marcos Dias, Dr^a Rosa Domingues, Dr^a Ana Cláudia Figueiró, Dr^a Maysa Ludovice, Dr^a Maria do Carmo Leal pelo aceite em participar da banca examinadora e compartilhar comigo muito mais do que contribuições ao estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES) por garantir apoio financeiro para realização da tese. Ao MaxQda por financiar minha viagem à Alemanha e proporcionar uma das melhores experiências da minha vida. À família brasileira que me recebeu na Alemanha, meus sinceros agradecimentos.

Ao Rio de Janeiro, cidade maravilhosa, que me acolheu e me permitiu ser quem eu me tornei. Gratidão!

(...) limpar nosso pensamento, renovando nossos valores com regularidade; eliminar da nossa psique as insignificâncias, varrê-las, purificar nossos estados de pensamento e sentimento com regularidade. Acender a fogueira criativa e cozinhar ideias num ritmo sistemático e especial, cozinhar muito para alimentar o relacionamento entre nós mesmos e a natureza selvagem.
(ESTÉS, 2018, p. 117)

RESUMO

Introdução: Realidades de saúde insatisfatórias como as altas taxas de cesáreas injustificadas no setor suplementar brasileiro de saúde, suscitam a necessidade de intervenções complexas e com alto poder de inovação, como o Projeto Parto Adequado (PPA). A reorganização dos cenários de trabalho de parto e parto no setor suplementar brasileiro, caracterizado por altas taxas de cesarianas, tornou-se uma preocupação de saúde pública. **Objetivo:** Analisar os aspectos contextuais relacionados à adesão e à reorganização do cuidado na implantação do PPA, em hospitais privados. **Método:** Pesquisa do tipo analítico exploratório, por meio de estudo de caso único, incorporado, com abordagem qualitativa, sendo o caso a intervenção PPA. A análise foi realizada em 08 hospitais inseridos na Avaliação Nascer Saudável. Foram entrevistados 10 (dez) gestores e 24 líderes/coordenadores assistenciais e 49 profissionais da assistência. Totalizando 83 entrevistados. A construção e a análise dos dados foram realizadas no software MaxQda. Como técnica foi utilizada a Análise de Conteúdo. Como lente de análise, utilizou-se o referencial teórico Difusão de Inovações, modelo dos cinco estágios, em que se aprofundou até o quarto estágio (conhecimento, persuasão, decisão e implantação); e por fim utilizou-se o conceito de interprofissionalidade para entender as relações profissionais construídas nas organizações. **Resultados:** Os principais motivos da adesão ao PPA foram a ausência de outros projetos de melhoria da qualidade nos serviços privados brasileiros com intervenções multifacetadas; status social e de mercado por participar do PPA; compromisso com a qualidade do cuidado; e a possibilidade de reformas estruturais relacionadas à implantação do projeto. Com relação à mudança na rotina de trabalho e mudança no cuidado à mulher após o início do PPA, houve práticas de cuidado que foram incorporadas, outras que foram adaptadas e práticas que foram rejeitadas. Na análise dos aspectos de mudança na rotina de trabalho e no cuidado à mulher produziu duas dimensões analíticas das relações profissionais no trabalho: (1) Gatilhos para a mudança da cultura cesarista; e (2) Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto. **Conclusão:** Construções sociais, culturais e econômicas motivaram a adesão ao PPA. Houve também uma reorganização dos modos de saber fazer e cuidar em obstetria após a implantação do projeto. Entretanto, ao analisar as relações interprofissionais na prática obstétrica, percebe-se ainda fragilidade na atenção aos desejos e necessidades em saúde das mulheres e suas famílias durante a assistência ao parto e nascimento.

Palavras-chave: avaliação em saúde; modelos de assistência à saúde; difusão de inovações; obstetria; tomada de decisões; educação interprofissional.

ABSTRACT

Introduction: Unsatisfactory health realities, such as the high rates of unjustified cesarean sections in the Brazilian supplementary health sector, raise the need for complex interventions with a high degree of innovation, such as the Adequate Childbirth Project (PPA – Projeto Parto Adequado). The reorganization of labor and delivery scenarios in the Brazilian supplementary sector, characterized by high cesarean rates, has become a public health concern.

Objective: To analyze the contextual aspects related to adherence and the reorganization of care in the implementation of the PPA, in private hospitals. **Method:** Research of the exploratory analytical type, through a single case study, incorporated, with a qualitative approach, being the case the PPA intervention. The analysis was carried out in 08 hospitals included in the research entitled “Healthy Birth”. Ten (10) managers and 24 care leaders/coordinators and 49 care professionals were interviewed. Totaling 83 respondents. The construction and analysis of the data were performed using the MaxQda software. As a technique, Content Analysis was used. As a lens of analysis, the theoretical framework Diffusion of Innovations was used, a five-stage model, in which it was deepened to the fourth stage (knowledge, persuasion, decision and implementation); and finally, the concept of interprofessionality was used to understand the professional relationships built in organizations.

Results: The main reasons for joining the PPA were the absence of other quality improvement projects in Brazilian private services with multifaceted interventions; social and market status for participating in the PPA; commitment to the quality of care; and the possibility of structural reforms related to the implementation of the project. Regarding the change in the work routine and change in the care given to women after the beginning of the PPA, there were care practices that were incorporated, others that were adapted and practices that were rejected. In the analysis of the aspects of change in the work routine and in the care for women, two analytical dimensions of professional relationships at work were produced: (1) Triggers for the change in the cesarean culture; and (2) Midwifery in the private sector: work without childbirth.

Conclusion: Social, cultural, and economic constructions motivated adherence to the PPA. There was also a reorganization of the ways of knowing how to do and caring in obstetrics after the implementation of the project. However, when analyzing interprofessional relationships in obstetric practice, it is still possible to perceive fragility in the attention to the desires and health needs of women and their families during labor and birth care.

Keywords: process assessment, health care; health care reform; innovation diffusion; obstetrics; decision making; interprofessional relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Primeira Audiência Pública no Ministério Público Federal.....	38
Figura 2-	Nascidos vivos por tipo de parto e Unidade Federativa de ocorrência, 2012.....	39
Figura 3-	Publicação midiática intitulada “Ações de combate a ‘epidemia’ de cesáreas estão paradas na Justiça há 04 anos”.....	40
Figura 4-	Taxas de cesáreas (setores público e privado) no Brasil relacionadas a trajetória histórica das ações do movimento de mulheres Parto do Princípio, 1994 – 2014.....	41
Figura 5-	Modelo de Breakthrough Series Collaborative.....	46
Figura 6-	Sessões de Aprendizagem presenciais treinamentos práticos durante o PPA.....	47
Figura 7-	Equipe do Projeto Parto Adequado no II Prêmio FGV Direito Rio.....	49
Figura 8-	Movimento Parto Adequado - Fase 3: Campanha Nacional do Parto Adequado.....	52
Figura 9-	Jornada da Gestante a seguido pelos Hospitais e Operadoras.....	52
Figura 10-	Repercussões positivas em mídias sociais sobre o Projeto Parto Adequado – a.....	53
Figura 11-	Repercussões positivas em mídias sociais sobre o Projeto Parto Adequado – b.....	53
Figura 12-	Trajетória histórica do Projeto Parto Adequado, desde sua concepção até o ano de 2021.....	54
Figura 13-	Modelo Lógico Teórico da Pesquisa Nascer Saudável.....	57
Figura 14-	Percurso avaliativo da pesquisa Nascer Saudável.....	58
Figura 15-	Desenho da amostra e subamostras da Avaliação Nascer Saudável com relação os momentos de coleta de dados.....	60
Figura 16-	Linha do tempo do Projeto Parto Adequado e da pesquisa Nascer Saudável...	61
Figura 17-	Modelo de cinco estágios no processo decisório de inovação segundo Rogers.....	63
Figura 18-	Estudo de Caso único com múltiplas unidades de análise.....	67
Figura 19-	Desenho da subamostra para a Tese com relação à Avaliação Nascer Saudável.....	69

Quadro 1- Caracterização dos hospitais inseridos na análise desta tese de doutorado, por ser pertencente ou não à operadora de plano de saúde.....	71
Gráfico 1- Taxas de cesárea global da subamostra de hospitais piloto do PPA, anos 2017 e 2019.....	72
Figura 21- Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 1: Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.....	78
Figura 22- Árvore de Codificações do Artigo 1: Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.....	79
Figura 23- Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 2: Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas durante a implantação do Programa Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo.....	80
Figura 24- Árvore de Codificações da categoria analítica “Incorporação de práticas de cuidado”.....	82
Figura 25- Árvore de Codificações da categoria analítica “Adaptação das práticas de cuidado”.....	83
Figura 26- Árvore de Codificações da categoria analítica “Rejeição da prática”.....	84
Figura 27- Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 3: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.....	85
Figura 28- Árvore de Codificações - Artigo 3: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.....	86
Quadro 2- Síntese dos resultados da tese em formato de artigos.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização da subamostra de hospitais participantes do PPA primeira fase, segundo localização no país, cargo profissional (gestores e líderes/coordenadores) e sexo dos entrevistados.....	73
Tabela 2-	Caracterização da subamostra de hospitais participantes do PPA primeira fase, segundo localização no país, cargo profissional (médicos e enfermeiros) e sexo dos entrevistados.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
Ans	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ApiceON	Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cipd	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Coreq	<i>Criteria for reporting qualitative research</i>
Covid19	Pandemia novo coronavírus
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	<i>Cesarean section</i>
DNC	Departamento Nacional da Criança
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
FebRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IDQAS	Índice de Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde
IDSS	Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
M1	Momento Implantação
M2	Momento Sustentabilidade
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PA	Períodos de Ação
PDSA	<i>Plan-do-study-act</i> (planejar-fazer-estudar-agir)

PPA	Projeto Parto Adequado
SAP	Sessões de Aprendizagem Presenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TRF3	Tribunal Regional Federal da 3ª Região

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	OBJETIVO GERAL.....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	27
4.1	SISTEMAS DE SAÚDE E A MÃO INVISÍVEL DO MERCADO COMO CONTROLADORA DO SETOR PRIVADO.....	27
4.2	CONSTRUCTOS OPERANTES DO PARIR E NASCER NO BRASIL.....	32
4.3	AS MULHERES E OS SEUS MOVIMENTOS: UMA CONJUNÇÃO DE EMBATES E BUSCA POR DIREITOS.....	35
4.4	PROJETO PARTO ADEQUADO: PRIMEIRA FASE OU FASE PILOTO.....	43
4.5	PARTO ADEQUADO: FASE 2 E FASE 3.....	48
4.6	REPERCUSSÕES NA MÍDIA SOBRE O PPA.....	53
5	PESQUISA AVALIATIVA NASCER SAUDÁVEL.....	55
5.1	PANORAMA GERAL DA PESQUISA.....	55
5.2	AVALIAÇÕES EM SAÚDE.....	55
5.3	PROTOCOLO DA PESQUISA.....	56
5.4	AVALIAÇÃO NASCER SAUDÁVEL – MOMENTO IMPLANTAÇÃO [M1]	58
5.5	AVALIAÇÃO NASCER SAUDÁVEL – MOMENTO SUSTENTABILIDADE [M2].....	59
6	DIRECIONAMENTO TEÓRICO.....	62
6.1	TEORIA DIFUSÃO DE INOVAÇÕES.....	62
6.2	INTERPROFISSIONALIDADE.....	64
6.3	SÍNTESE DAS LENTES DE ANÁLISE.....	65
7	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	66
7.1	TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	66
7.2	O CASO E SUAS UNIDADES DE ANÁLISE.....	67
7.3	SELEÇÃO DA SUBAMOSTRA.....	68
7.4	CARACTERIZAÇÃO DA SUBAMOSTRA.....	70
7.5	SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	72

7.6	CENÁRIO DA COLETA DE DADOS.....	74
7.7	ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	75
7.8	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO PRIMEIRO ARTIGO.....	77
7.9	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO SEGUNDO ARTIGO.....	80
7.10	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO TERCEIRO ARTIGO.....	85
7.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	88
8	RESULTADOS.....	89
8.1	ARTIGO 1: PROCESSO DE ADESÃO AO PROJETO PARTO ADEQUADO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM HOSPITAIS PRIVADOS NO BRASIL.....	89
8.2	ARTIGO 2: INCORPORAÇÃO, ADAPTAÇÃO E REJEIÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PARTO ADEQUADO EM HOSPITAIS PRIVADOS BRASILEIROS: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	90
8.3	ARTIGO 3: O TRABALHO DE PARTO SEM O PARTO: A INSUFICIÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE EM OBSTETRÍCIA NO SETOR PRIVADO.....	92
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	102
	APÊNDICE 1- CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) – VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021).....	113
	APÊNDICE 2 – ARTIGO 1 - PROCESS OF ADHESION OF THE ADEQUATE CHILDBIRTH PROGRAM TO IMPROVE OBSTETRIC CARE IN PRIVATE HOSPITALS IN BRAZIL.....	115
	APÊNDICE 3 – ARTIGO 2 - INCORPORATION, ADAPTATION AND REJECTION OF OBSTETRIC PRACTICES DURING THE IMPLEMENTATION OF THE “ADEQUATE CHILDBIRTH PROGRAM” IN BRAZILIAN PRIVATE HOSPITALS: A QUALITATIVE STUDY.....	127

APÊNDICE 4 - ARTIGO 3: O TRABALHO DE PARTO SEM O PARTO: A INSUFICIÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE EM OBSTETRÍCIA NO SETOR PRIVADO.....	155
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA GESTORES E LÍDERES/ COORDENADORES.....	181
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PROFISSIONAIS.....	183
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	185
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INFORMANTES- CHAVE.....	186

PREÂMBULO

De Minas para o Rio, do Doutorado para a vida

O ingresso no doutorado em Saúde Pública, do Programa de Pós-Graduação, na Escola Nacional de Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) foi um sonho materializado e conquistado como divisor de águas no meu percurso de vida pessoal e profissional. Sou enfermeira obstétrica, formada pela Universidade Federal de Minas Gerais. Trabalho com obstetrícia desde o quarto período da graduação, porém quando estava no Mestrado percebi que precisava ampliar meus conhecimentos para além do saber específico.

Eu defendi minha dissertação de mestrado, em Minas Gerais, no dia 29 de fevereiro de 2018. Me mudei para o Rio de Janeiro um dia depois da defesa, tamanha era a minha sede por conhecimento. Me matriculei em muitas, muitas disciplinas.... me dediquei no meu primeiro ano a conhecer o mundo da Saúde Pública que não era meu nicho de conhecimento. Na verdade, acho que foi a Saúde Pública quem me escolheu para a conhecer... parece que eu precisava viver tudo aquilo.

Fui acolhida por minha querida orientadora, Elyne Engstrom. Com quem aprendi muito mais que fazer pesquisa, aprendi a ser amável e gentil. Parecem valores óbvios, mas não são. Me sinto lisonjeada em ser doutorada de Elyne.

O espaço oferecido na ENSP me forçou a olhar de modo diferente para as minhas inquietações advindas da prática profissional. Fui acolhida em todos os sentidos pela Fiocruz. Morei durante meu primeiro ano no Alojamento Hélio Fraga, para estudantes nacionais e internacionais da Fiocruz, onde tive a oportunidade de conhecer o Rio de uma forma rica culturalmente, antes nunca vivida por mim.

Fui acolhida pela minha turma do doutorado composta por um mix de profissionais, saberes, vivências, experiências, afetos.. esse grupo me ofereceu colo de irmã, de mãe, de amigo... de um jeito tão poderoso que nem consigo descrever.

Mas para além disso, fui acolhida pelo grupo da pesquisa Nascido Saudável. Lembro-me como se fosse hoje, o dia em que minha orientadora do mestrado, Kleyde Ventura, me ligou e disse: "*Jacqueline Torres, do Parto Adequado, vai te ligar!*". Nessa ligação eu de fato tive a certeza que me encontrei no Rio de Janeiro e que o Rio de Janeiro tinha me encontrado. Fui convidada para uma reunião que me faria pertencer a um grupo seletivo nacionalmente. Me encontrei porque achei um grupo de mulheres fortes e lindas, pesquisadoras, mães, professoras, amorosas... que me ajudaram a trilhar o caminho do doutorado nesses quatro anos. E fui

encontrada, porque sei que pude oferecer algo para o grupo quando nem mesmo eu acreditava. Fui pertencente e pertencida.

Minha orientadora do doutorado, Elyne, gentilmente me permitiu fazer parte deste grupo e sou eternamente grata por isso! Eu precisava me encontrar como pessoa, como enfermeira, como mulher. E foi também por meio desse grupo e dos afetos construídos com Andreza Rodrigues, Lúcia Nicida, Maysa Ludovice, Jacqueline Torres, Maria Do Carmo Leal, Rosa Domingues e demais pesquisadores, que me vi permeada por um terreno fértil para florescer.

Foi por meio deste grupo que também tive oportunidades incríveis, desde a viagem para Berlim à uma Conferência do software MaxQda, utilizado nas análises de dados do grupo; a colaboração para construção de Trabalhos de Conclusão de Curso de quatro alunas da graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, as quais trabalharam o banco da Nascir Saudável; e a escrita de artigos, para além dos inseridos nesta tese de doutorado, que também utilizaram o banco de dados qualitativo da Nascir Saudável. As ricas trocas de saberes deste grupo me alegram em trabalhar com pesquisa!

No Rio de Janeiro encontrei um local de muito trabalho. Trabalhei como nunca! Aprendi a ser professora na Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio de um contrato temporário de dois anos para professora substituta; fui docente na pós-graduação; fui docente na residência; fui enfermeira obstétrica; fui coordenadora de enfermagem em uma Operadora de Plano de Saúde. Trabalhei no público e no privado... enfim... atuei em sala de parto, no pré-natal, na atenção à saúde das mulheres, na atenção primária. Fui da Zona Sul à Zona norte do Rio de Janeiro para trabalhar.

Aprendi, ensinei, troquei... fui eu! Trabalhei, estudei e vivi muito nesses quatro anos do doutorado.

No meio do caminho de tanto trabalho, tinham as aulas do doutorado que por diversas vezes me inspiraram, mas que também me paralisaram. Enfrentei um período difícil de saúde, longe de casa, no meio de uma pandemia. E foi com minha família ampliada carioca que consegui olhar para minha tese com carinho, quando nada mais fazia sentido. Na verdade, pude olhar para mim com carinho... Me encontrei quando estava perdida. Chorei e sorri quando tudo estava escuro e/ou claro.

Hoje, ao escrever este preâmbulo, eu olho para o agora e me percebo exatamente em um processo de travessia. Aquela mesma travessia experienciada pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Sabe o momento em que a mulher está quase parindo e que ela se encontra com ela mesma, numa partolândia de silêncio, hormônios, sentidos? No silêncio da sua alma, ela sabe

que nunca mais será a mesma. Então, essa foi eu, nos últimos meses desse doutorado! Na verdade, encontrei comigo mesma.

Assim como essas mulheres, que no final são tomadas por uma força sobrenatural, fisiológica e poderosa, que no ato de parir (re)nascem. Também fui eu nesses últimos meses!

E posso dizer que o produto desta tese é o parir do meu (re)nascimento.

Então, desejo a você leitor, que o meu lindo (re)nascimento perpassado por esta tese provoque vários nasceres e renasceres dentro de você.

Uma ótima leitura.

1. INTRODUÇÃO

Os hábitos e modos de vida humanos foram profundamente alterados como resultado das transformações científicas e culturais. O parir e o nascer, antes considerados naturais, privados, íntimos e femininos, foram classificados como experiência médica e vividos de uma nova forma a partir da institucionalização do parto nos anos 1940 e rotina hospitalar após os anos 1960 (LEISTER; RIESCO, 2013).

As mulheres deixaram de parir com a assistência de outras mulheres e passaram a parir em unidades de saúde com o envolvimento de outros atores sociais, como os profissionais de saúde, que mudaram os valores e comportamentos associados ao parto (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). Assim, a parturiente perdeu o poder de decisão e de protagonismo na cena do parto (DAMACENO; MARCIANO; ORSINI, 2021; RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; RUSSO, 2019)

Sem dúvida, a institucionalização do parto resultou em avanços científicos e técnicos significativos na assistência materna e perinatal do país. Com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNC) em 1940 (BRASIL, 1940), as preocupações com o cuidado das crianças urbanas e mais pobres do país foram o foco, ainda que de cunho nacionalista devido ao contexto político histórico à época da criação do Ministério da Saúde, em 1953. Somente em 1971, com a publicação das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, foi disponibilizada uma previsão mais detalhada dos programas de parto e puerpério (BRASIL, 1971). A institucionalização do parto, no entanto, teve impacto direto nos procedimentos obstétricos padronizados e intervencionistas, sustentadas pelo paradigma biomédico (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; KAPPAUN; DA COSTA, 2020; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Consequentemente, melhorar o cuidado apresenta-se como um integrante indispensável para a transformação desse cenário. Intervenções que incorporam um olhar integral para a saúde das mulheres e seus bebês, se intensificaram na década 80 do século passado, quando amplas discussões sobre prevenção da mortalidade materna e perinatal no país se tornaram pautas de discussão (ROSENFELD; MAINE, 1985). Em 1984 tivemos um grande avanço com a criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com a concepção de cuidado apenas materno-infantil dos programas existentes na década de 70, agora, englobando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, em questões referentes à saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, em 1988 a Constituição Federal Brasileira assegurou direitos como:

educação; saúde; alimentação; proteção à maternidade e à infância; e implementou a criação do SUS, porém o texto constitucional não definiu aspectos de operacionalização dos sistemas de saúde (BRASIL, 1988). Em 1990, foi então publicada a Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS, composta pelas leis 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Logo depois, em 1994, a saúde materna tornou-se pauta na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em que 179 países assinaram um Plano de Ação global no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, de equidade de gênero e empoderamento das mulheres, entre outros aspectos da vida humana (MERTENS, 2015)

Nos anos 2000 como complemento à CIPD, originou-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em que os líderes das nações mundiais, se reuniram em Nova York, para se comprometerem a reduzir a pobreza extrema através de oito objetivos (THOMAS et al., 2014). Um destes objetivos era novamente pautado em âmbito global, “a saúde da mulher” como 5º objetivo (ODM5), o qual propunha que até 2015, reduziria a mortalidade materna a três quartos do nível observado nos anos de 1990 - meta A. Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento ODM o Brasil não conseguiu alcançar a meta A do ODM5, no entanto o desempenho do país foi melhor que as médias registradas por países em desenvolvimento e da América Latina (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Em 2004, houve a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as práticas assistenciais. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2004).

Ações governamentais nesse período foram fundamentais para melhorar o contexto materno e neonatal do país, como a promulgação da lei que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005); lei que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2007); a estratégia Rede Cegonha que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011); além de outras ações, como a ampliação da

Estratégia de Saúde da Família; implantação de Centros de Parto Normal (CPN); pagamento de parto assistidos por enfermeiras; limite de teto para cesáreas. Como um dos principais resultados, tivemos a cobertura de pré-natal de 97,4% em todo o território brasileiro (NUNES et al., 2017).

Com todo este histórico de estratégias, programa e políticas, houve redução da razão de mortalidade materna de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos no período 1990-2015, o que representa uma diminuição de 56% (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>). Entretanto, mesmo com tamanha investida para redução da mortalidade materna, os desafios no âmbito da atenção ao parto e nascimento vão desde a implantação de protocolos para atendimentos às complicações; disponibilidade de hemoderivados; acesso a leitos de terapia intensiva; redução da demora na adoção dos cuidados necessários; além da mudança do modelo de cuidado visando a redução de cesarianas desnecessárias.

Atualmente, as mulheres ao procurarem serviços ou profissionais na atenção obstétrica se deparam com duas vertentes principais. A primeira seria evoluir para um parto vaginal, com altas possibilidades de intervenções desnecessárias e/ou prejudiciais a elas e seus bebês, marcados muitas vezes por violência obstétrica (LEAL et al., 2014); e a outra vertente seria uma cesariana, em sua grande maioria marcada previamente ao trabalho de parto e sem real indicação clínica (CARLOTTO et al., 2007; COPELLI et al., 2015; FAÚNDES; CECATTI, 1991; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2018; ZAIDEN et al., 2019). Considerando que no Brasil somente 5% dos partos não sofrem intervenções obstétricas (LEAL et al., 2014) e o país ainda permanece entre os campeões de cesáreas em todo mundo (BETRÁN et al., 2016), intervir neste cenário parece fundamental (OPIYO et al., 2020).

No que tange as taxas de cesárea, vinham em uma crescente ascensão, desde os anos 2000 chegando a incríveis 57% em 2014, com redução singela, mas importante, para 55,5% em 2015 (BRASIL, 2015b). O excesso de cesarianas no setor privado brasileiro atinge principalmente as mulheres com maior grau de escolaridade e maiores condições econômicas. (LEAL et al., 2014) chegando a 84,4% do total de partos realizados em 2015 (BRASIL, 2015a), valores muito superiores ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10% a 15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Sabe-se que cesarianas desnecessárias ou injustificadas são desfavoráveis ao parto e nascimento saudáveis, aumentando o risco de morbidade materna grave, além de mortalidade materna e neonatal (SILVA et al., 2014; YE et al., 2016). Nessa perspectiva, são copiosas as incitações, singularmente no que se refere à premente mudança na organização das práticas profissionais, em favor da atenção humanizada, incorporando o uso sensato de tecnologias,

transferindo o eixo quantitativo de procedimentos para a qualidade de cuidados (NASCIMENTO et al., 2010; PRATA et al., 2019). Essa transferência de cerne resulta, indispensavelmente, na transformação do método e do processo de cuidado, que comporta influências do modelo institucional, da missão organizacional, do comprometimento dos gestores diante das políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais (SILVA; SOARES; IWAMOTO, 2009; SPENCER; BUHALIS; MOITAL, 2012).

Esse reconhecimento dos enredos, circundam o saber-fazer profissional, nos diversos contextos e modelos que o conduzem. Demandam ainda reflexão, conscientização e transformação do cuidado com apoio institucional, de organizações/associações profissionais e de instituições formadoras. Além da inserção de lógicas de cuidado contemporâneas, como o trabalho interprofissional que, em sua grande maioria, promovem um cuidado centrado na mulher e sua família por meio de atitudes, competências e habilidades específicas e ampliadas para o cuidar (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; CECCIM, 2018; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2014; LIMA et al., 2017).

Torres e cols. (2014) demonstram que quando comparados modelos de atenção ao parto, em diferentes hospitais privados brasileiros, há uma prevalência menor de 43% de cesariana no hospital com modelo de cuidado inovador. Além disso, este mesmo hospital foi o único a oferecer medidas não farmacológicas de alívio da dor (bola, banquinho e cadeira de parto) e ter inserção de enfermeiras obstétricas atuando em cerca de 75,9% dos partos vaginais. O modelo de cuidado desenvolvido por rotinas menos intervencionistas, respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, aos anseios e às emoções da mulher e da família, estabelecendo vínculo e afeto entre o cuidador e quem recebe o cuidado é considerado humanizado (HERCULANO et al., 2018; MENDONÇA, 2015; VOGT; DA SILVA; DIAS, 2014)

A humanização do parto (BRASIL, 2004; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010), termo que pode ter diferentes compreensões, como uso adequado de tecnologias na atenção ao parto, têm se tornado uma luta pelo movimento social de mulheres no Brasil, as quais realizaram uma denúncia ao Ministério Público, que ajuizou uma Ação Civil Pública (BRASIL, 2010) à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e responsável por criar normas, controlar e fiscalizar o mercado de planos de saúde no país, a fim de que houvesse medidas efetivas de redução para cesarianas desnecessárias na rede privada de saúde.

Origina-se então, como resposta à Ação Civil Pública, o Projeto Parto Adequado (PPA), um projeto de melhoria de qualidade, desenvolvido pela a ANS, com apoio do MS, do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e do Hospital Israelita Albert Einstein com o objetivo de

melhorar a qualidade do cuidado obstétrico e neonatal no serviço privado, por meio de apoio institucional, científico e metodológico à hospitais que desejassem se reorganizar em relação à atenção ao pré-natal, parto e puerpério. O PPA se apresenta no sentido de fomentar a redução de cesarianas sem indicação clínica e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado (BRASIL, 2016c).

Reconhecendo a importância deste projeto para a saúde das mulheres e crianças no Brasil, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) propôs e conduziu uma avaliação do PPA a fim de analisar a implantação e seus efeitos em uma amostra de hospitais pilotos para posterior generalização dos resultados, aliando intervenção e teoria. Tal pesquisa foi intitulada “*Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil*” (TORRES et al., 2018).

Mediante o reconhecimento de que o PPA é uma estratégia importante para contribuir na transição do modelo de cuidado obstétrico brasileiro, principalmente no setor privado, constitui-se como indispensável, capturar, considerando diferentes pontos de vista, a influência dos fatores de contexto sob a reorganização do cuidado para implantação do PPA. Além disso, prevê o fornecimento de subsídios para discussões, sobre o que acontece nos meandros institucionais e nas situações reais de trabalho.

2. JUSTIFICATIVA

A reorganização dos cenários obstétricos no setor privado brasileiro, caracterizado por altas taxas de cesarianas, tornou-se uma preocupação de saúde pública. Uma vez que estudos epidemiológicos e estudos nas áreas de planejamento, gestão e políticas públicas revelam que as altas taxas de cesáreas clinicamente injustificadas são um problema que precisa ser enfrentado, e que discutir estratégias para reduzi-las é importante tanto para contenção de riscos quanto de custos (BARROS et al., 2011; GIBBONS et al., 2010; TORRES et al., 2014). Outro foco analítico é a autonomia reprodutiva das mulheres; processos de tomada de decisão sobre o tipo de parto e o equilíbrio entre os interesses médicos e as preferências das mulheres; poder médico e/ou tecnológico através do uso de intervenções e tecnologia médica; e a composição das profissões, bem como as práticas culturais como a normalização do parto cirúrgico no país (CARMO LEAL et al., 2014; DOMINGUES et al., 2014; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015a, 2015b, 2017).

Estudos realizados em países com sistemas de saúde diferentes do brasileiro sugerem abordagens viáveis para redução de cesarianas (MORADI et al., 2019; YU et al., 2019; ZHANG et al., 2020), mas poucos estudos realizados no Brasil revelaram estratégias capazes de diminuir a alta frequência de cesarianas realizadas no setor privado (TORRES, 2014), essa lacuna justifica o estudo. Além disso, torna-se fundamental a análise de como os hospitais foram reorganizados em termos assistenciais, a partir de um projeto de melhoria da qualidade multifacetado. Ademais, é importante entender a influência do setor privado na concepção de melhoria da qualidade do cuidado, visto que, nos últimos anos houve uma expansão das Operadoras e Seguradoras de Planos Privados de Saúde favorecidas por um cenário político e econômico do país que contempla a desconstrução do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a motivação para a realização deste estudo não é apenas acadêmica na contribuição para a formulação de políticas públicas de saúde, mas também pessoal e profissional da autora deste trabalho. Espera-se que os achados sejam valiosos para a ANS e para o Ministério da Saúde, bem como para os Conselhos e Associações Profissionais de Enfermagem e Medicina, universidades, e hospitais participantes do PPA ou interessados em ingressar ao projeto.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos contextuais relacionados à adesão e à reorganização do cuidado na implantação do Projeto Parto Adequado, em hospitais privados.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar o processo decisório dos hospitais em aderir ao Projeto Parto Adequado;
2. Analisar a incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas na implantação do Projeto Parto Adequado.
3. Explorar as influências das relações interprofissionais na implantação do Projeto Parto Adequado.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

4.1. SISTEMAS DE SAÚDE E A MÃO INVISÍVEL DO MERCADO COMO CONTROLADORA DO SETOR PRIVADO

A Organização Mundial de Saúde define Sistemas de Saúde como “*Conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar ou manter a saúde*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000), por sua vez, também podem ser definidos como sistemas sociais que propõem prestar assistência à saúde a uma população definida (JÚNIOR, 2005). Nesse sentido, são componentes centrais dos sistemas de saúde, seus serviços ofertados, organização, financiamento e gestão (JÚNIOR, 2005; KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010)

Os objetivos e valores centrais dos sistemas de saúde em todo o mundo impactam sua configuração (JÚNIOR, 2005). Nesse cenário, os sistemas de saúde emergem como uma intervenção estatal na esfera social, bem como a compreensão para “quem” essa proteção social será prestada e “como” ela será prestada (ELIAS, 2004). Embora os sistemas de saúde possam ser classificados com base em traços comuns, cada sistema tem sua própria singularidade, que é moldada pela história, batalhas e ideais da sociedade.

Um sistema de saúde é classificado com base em vários fatores (SCHÜTTE; ACEVEDO; FLAHAULT, 2018), incluindo financiamento, organização/administração, acesso e provisão de recursos (quem presta os serviços) (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010). Recursos de produção, estrutura do programa, mecanismos de apoio econômico, técnicas de gestão e prestação de serviços são aspectos de um sistema de saúde (ROEMER, 1993). Por outro lado, não explica por que essas atividades são importantes ou que diferença faz quando esses atributos são organizados de forma diferente. Hurst (1991) definiu os sistemas de saúde como um conjunto de fluxos de moeda e mecanismos de pagamento entre pessoas e instituições (HURST, 1991).

Existem cinco (05) sistemas de saúde teoricamente plausíveis mundialmente: Serviço Nacional de Saúde, o Seguro Nacional de Saúde, o Seguro Social de Saúde, o Seguro Social Estatista e o Sistema Privado de Saúde (BÖHM et al., 2013). A maioria dos países tem um sistema dominante que possui elementos das outras categorias.

Dentre os mais comuns temos, sistema público de acesso universal, em que o financiamento é público (via impostos pagos pelo público e arrecadados pelo governo); a organização/administração é realizada pelo governo a nível nacional ou provincial; o acesso é universal; e a prestação do serviço é pública ou público-privada com gestão estatal. No Sistema de Seguro

Social o financiamento é compulsório, descontado em folhas de pagamento e vinculado ao salário do empregado; sua organização/administração é pública ou semipública, com fundos únicos ou múltiplos; o acesso está condicionado ao pagamento do contribuinte; e sua prestação de serviço é pública ou público-privada. No Sistema de Saúde Privado o financiamento é privado com pagamento direto ao provedor de seguro; a organização/administração possui diferentes arranjos; o acesso é definido exclusivamente pela capacidade de pagamento; a provisão de serviços é privada (BRILINGER, 2023).

Os setores público e privado de saúde costumam ser profundamente interligados e podem funcionar de forma complementar, dependente ou antagônica, em diferentes níveis ou sistemas de atenção à saúde (ALMEIDA, 2017). Em 2016, de 12%-16% dos gastos com saúde em Cuba foram do setor privado (CHANG et al., 2019). Já em nações de herança liberal, como Estados Unidos da América e Suíça, o Estado é responsável pela epidemiologia e vigilância sanitária (THACKER et al., 2012). Como resultado, há dificuldades em conseguir que apenas um desses setores, público ou privado, implemente completamente os cuidados de saúde. Para uma dinâmica de correlação de múltiplos fatores sociais, econômicos e de saúde, são necessárias discussões ideológicas sobre as parcerias e limites do público-privado no setor de saúde no contexto brasileiro (GOMES; MACIEL, 2020).

Em geral, o maior envolvimento do setor público na saúde considera a noção de atenção universal à saúde, que deve ser prestada a todos, independentemente de onde residam ou estejam empregados. Esse envolvimento do setor público é fundamental para reduzir o impacto das disparidades socioeconômicas na população e garantir que os serviços de saúde estejam disponíveis para todos, especialmente em áreas onde o setor privado dificilmente se estabeleceria devido à falta de incentivo financeiro (GLASSMAN; GIEDION; SMITH, 2017). Por outro lado, os defensores de uma maior participação do setor privado na saúde argumentam que a gestão do setor privado é mais eficiente do que a gestão do setor público, que a livre concorrência entre as operadoras poderia baixar os preços e que o setor privado poderia “aliviar” o setor público, permitindo que este se concentre nos segmentos mais carentes da população (HORTON; CLARK, 2016).

O setor privado de saúde abrange todos os bens e serviços de saúde gerados por entidades privadas, quer se envolvam direta ou indiretamente na assistência à saúde. Profissionais de saúde com consultórios próprios, grupos hospitalares privados e grandes corporações que oferecem planos e seguros de saúde fazem parte desse complexo industrial da saúde (VIANNA, 2002).

Nesse sentido, o setor privado de cada país desempenha um papel único. O setor privado é o principal provedor de serviços em nações como Suíça e Estados Unidos da América, que têm os maiores gastos per capita em saúde do mundo (PAPANICOLAS; WOSKIE; JHA, 2018). No Canadá, o setor privado funciona como um complemento ao sistema público de saúde, abrangendo apenas as operações que o sistema público não oferece cobertura, como saúde bucal e optometria (NEUMANN; QUIÑONEZ, 2014).

Os contrastes nos Sistemas de Saúde podem ser observados não apenas em sua forma básica e financiamento, mas também nos arranjos criados para alocação de recursos. Temos modelos assistenciais integrados com a Atenção Primária à Saúde (APS) como gestora do cuidado (MENDES, 2002), bem como modelos assistenciais fragmentados movidos pela livre escolha do usuário.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro combina assistência à saúde pública e privada no Brasil (PAIM et al., 2011). A assistência à saúde no Brasil é livre à iniciativa privada, de acordo com o artigo 199 da Constituição Brasileira, podendo se engajar de forma complementar ao SUS por meio de convênio ou contrato de direito público, com preferência para empresas filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Quando a disponibilidade do SUS é inadequada para oferecer cobertura assistencial, o sistema pode recorrer aos serviços do setor privado, conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080 (BRASIL, 1990).

O setor privado no Brasil está autorizado a oferecer serviços ao SUS desde que as organizações sem fins lucrativos tenham prioridade no estabelecimento de acordos. Tal mecanismo somente pode ser estabelecido se a rede própria do SUS não puder cobrir as necessidades de determinado cuidado. No entanto, nos últimos anos houve a complementariedade ao SUS tem fragilizado e fragmentado o cuidado em prol de interesses do mercado e da privatização (SILVA; BIZERRA, 2017).

Diferentes tipos de cuidado estão inseridos na lógica de estruturação do sistema de saúde, típico de um Estado capitalista. No que se refere às características do setor privado nesse contexto, destaca-se um modelo de assistência focado na figura médica, com diversos interesses envolvidos no financiamento e na aplicação de recursos, bem como o efeito de uma política de saúde que favorece a expansão dos planos (PIETROBON; LENISE; CAETANO, 2008).

Em meados do século XX, o Brasil viu o surgimento da saúde suplementar, um componente da indústria de saúde comercial que forneceu planos e seguros de saúde. As empresas médicas de grupo foram as primeiras a entrar neste campo (PIETROBON; LENISE; CAETANO, 2008). Estão disponíveis seguros de saúde pessoais para o indivíduo ou sua famí-

lia, bem como planos de grupo, que normalmente são contratados por empresas como um benefício extra salário para seus funcionários. Em geral, a compra de um plano de saúde coletivo por uma empresa pode ser benéfica tanto para a empresa quanto para seus funcionários, pois reduz a alíquota de impostos e as despesas previdenciárias. Foi dessa forma que o mercado de planos de saúde cresceu no Brasil (BAHIA et al., 2016).

Os tipos de Operadoras de Saúde no Brasil (ANDRADE et al., 2015) são:

1. Medicina de Grupo: Esses negócios começaram com um pequeno grupo de médicos com o objetivo de obter lucro; geralmente não possuem serviços próprios, mas contam com uma rede credenciada, embora alguns tenham começado a investir em hospitais, unidades ambulatoriais e laboratoriais, transporte aéreo e terrestre, atendimento domiciliar e outros serviços. Em essência, a corporação de grupo serve como intermediária entre usuários e prestadores de serviços de saúde privados.
2. Cooperativas médicas surgiram na década de 1970 como resultado da insatisfação dos profissionais médicos com a remuneração dos serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo. Buscaram uma alternativa na noção de cooperativismo por se sentirem explorados pelos planos de saúde. Como resultado, as cooperativas médicas funcionam como um negócio, com todos os médicos inseridos como parceiros e não como trabalhadores. Geralmente há uma quantidade limitada de cotas, e um médico deve sair para que outro possa entrar. Uma cooperativa não pode ser considerada uma empresa com fins lucrativos por definição. Os excedentes são os recursos financeiros obtidos com a dedução das despesas do faturamento e devem ser utilizados de acordo com as escolhas feitas pelos cooperados nas reuniões anuais. Esse dinheiro pode ser reinvestido ou simplesmente distribuído entre os cooperados.
3. Autogestão é um tipo de organização que incentiva o cuidado com a saúde dos funcionários de uma empresa. Podem ser de dois tipos: quando são caixas de assistência ou entidades de previdência fechada ou pertencente a associações e sindicatos; e os pagos pelo empregador, através do departamento de benefícios da empresa ou departamento de recursos humanos. Essa modalidade de operadora não tem fins lucrativos e como se destina a um grupo muito específico não comercializa planos de saúde. As modalidades de autogestão geralmente oferecem ampla cobertura; no entanto, devido à limitada região geográfica da clientela, a maior abrangência de cobertura está na cidade onde reside seu pessoal, que podem ter dificuldade em obter cuidados em outros lugares.
4. Companhias de seguros de saúde: são empresas do setor financeiro que fornecem seguros de saúde. Como não há rede credenciada, seguro não é o mesmo que plano de saúde.

Quando necessitar de cuidados, o segurado dirige-se ao estabelecimento da sua escolha e, após confirmação dos seus custos, a seguradora reembolsa o valor do seguro. Apesar da inexistência de uma rede formalmente autorizada, diversas seguradoras promovem a busca por serviços privilegiados que sejam remunerados por ela na prática.

5. Filantrópicas: Embora sejam organizações sem fins lucrativos, também atuam no ramo de operadoras de planos de saúde.
6. Administradoras de Benefícios: uma modalidade ligada a saúde suplementar. Eles não oferecem plano de saúde próprio, apesar de precisarem se cadastrar na Agência Nacional de Saúde Suplementar e serem regulamentados por ela. Essas empresas atuam principalmente como intermediárias entre operadoras de planos coletivos e empresas interessadas em contratar planos de saúde.

Em março de 2019, 18,2 milhões de indivíduos no Brasil estavam inscritos em medicina de grupo, 17,3 milhões em cooperativas médicas, 6 milhões em seguradoras, 4,6 milhões em autogestão e 0,9 milhão em filantropia. Tanto em termos físicos quanto econômicos, o mercado de operadoras de saúde é altamente concentrado; 14 empresas controlam mais de 40% da indústria, enquanto 70% dos usuários estão concentrados na região sudeste do Brasil (BRASIL, 2021). O contrato coletivo, que é um contrato assinado pelas empresas para auxiliar seus funcionários, é o tipo de contrato mais popular no Brasil (BRASIL, 2007).

A Lei 9.656 de 1998, que controla os planos e seguros privados de saúde no Brasil, foi promulgada como forma de o governo administrar a mão invisível do mercado (BRASIL, 1998). Com a universalização do direito à saúde, o setor privado cresceu exponencialmente como resultado do subfinanciamento, alta demanda, e má qualidade das instituições do setor público (COUTINHO; SANTOS, 2019).

Abusos de negação de cobertura devido à idade ou doenças anteriores, infecções por HIV, gravidez e ajustes abusivos de cobrança mensal foram todos proibidos por lei. Além disso, a cobertura deve estar disponível para todas as condições listadas na Classificação Internacional de Doenças; os reajustes de preços devem ser escalonados e por faixa etária; garantia de cobertura temporária para quem perder o emprego, no âmbito empresarial; a cobertura não pode ser negada devido ao número ou valor máximo de procedimentos; e, por fim, o SUS deve ser ressarcido pelas operadoras (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

No entanto, ainda há uma série de problemas com a regulamentação do setor privado de saúde. Como resultado de várias batalhas entre defensores dos direitos do cliente e da empresa, muitos artigos foram revogados e outros melhorados ao longo do tempo. No entanto, a lei ainda

é ambígua em muitos aspectos, contribuindo para a frequente aplicação de recursos judiciais por ambas as partes (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

Pela Lei 9.961/2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar é responsável por regular, controlar e fiscalizar as operações de saúde do setor privado. Como autarquia especial, com autonomia administrativa e financeira, independência técnica decisória e mandatos de seus dirigentes, é obrigada a atuar no interesse público de forma técnica e imparcial, sem dever de favorecer usuários ou empresas (BRASIL, 2000).

Suas principais responsabilidades incluem: 1) Autorizar a constituição, operação e liquidação de sociedades e planos privados; 2) Estabelecer padrões para credenciamento e descredenciamento de provedores de serviços; 3) Avaliar as capacidades tecnológicas e operacionais das empresas; 4) Desenvolver e implementar métodos de gestão e desenvolvimento de recuperação financeira; 5) Uniformizar o uso de dispositivos de racionamento para acesso ao serviço; 6) Identificar doenças, lesões anteriores e deficiências; 7) Descrever os processos de cobertura que devem ser seguidos; e 8) Monitorar preços, autorizar reajustes, fiscalizar e avaliar (BRASIL, 2000).

Dada a propensão do mercado a se reinventar, toda a estrutura regulatória, como a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar é vital, mas muitas vezes ineficiente. Nesse cenário dos planos de saúde, há uma percepção de fragmentação do cuidado, de maior medicalização dos corpos e de corporativismo dos profissionais de saúde, vivenciados pelos usuários (MERLO; LAPIS, 2007). Tal produção de cuidado é baseada por uma maior produção de procedimentos e exames, dando aos usuários uma falsa sensação de maior cuidado dentro do Sistema de Saúde.

Entretanto, tal sensação, muitas vezes contrapõe a atuação da medicina baseada em evidências científicas. Percebe-se então, que a mão invisível do mercado opera como condutora das grandes instituições produtoras de saúde privada no Brasil e no mundo, produzindo, e em sua maioria, os sistemas “evoluem” economicamente, porém com pouca responsabilidade social (SMITH, 2013). Essa realidade perpassa diversas áreas da saúde, inclusive a obstetrícia do setor privado no Brasil.

4.2. CONSTRUCTOS OPERANTES DO PARIR E NASCER NO BRASIL

Devido às deficiências no pré-natal até o acompanhamento da primeira infância, o modelo obstétrico vem passando por mudanças estruturais, formativas e organizacionais, no SUS. Após vários avanços políticos na área, em 2011, criou-se uma rede assistencial específica para que as mulheres pudessem ser direcionadas em sua saúde materna, bem como crianças até dois

anos de vida. Tal rede, intitulada Rede Cegonha, apresentou-se com o objetivo de melhorar o acesso, acolhimento e a qualidade dos atendimentos durante pré-natal, parto, puerpério e às crianças até os dois anos de vida no setor público (BRASIL, 2011).

No entanto, recentemente, dia 7 de abril de 2022, foi publicado no Diário Oficial da União, a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), a qual desconsidera dispositivos legais, evidências científicas e acaba com até então, a melhor política pública de assistência ao pré-natal, parto e puerpério no Brasil, a Rede Cegonha (BRASIL, 2022). Os conselhos profissionais e de saúde se manifestaram contra a criação surdina da RAMI e iniciou-se no Senado Federal o Projeto de Decreto Legislativo 80/2022, que pretende revogar a decisão da Secretaria de Atenção à Saúde Primária do Ministério da Saúde. Este retrocesso no cuidado vai ao encontro de um corporativismo que perpassa o poder do médico e as instituições que ele representa sob a autonomia de mulheres e da atuação de profissionais não médicos, como a enfermagem obstétrica.

Não distante disso, no setor privado brasileiro a assistência ao pré-natal e parto é frequentemente prestada por um único médico escolhido pela mulher. Nesse contexto, a cesárea pode ser realizada por um “desejo” materno e/ou mesmo por indicação médica, que por vezes não se justificam clinicamente, porém, ofertada por conveniência profissional (DINIZ; CHACHAM, 2004; DOMINGUES et al., 2014).

Permanecem altas as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, mesmo com 98% dos nascimentos brasileiros ocorrendo em instituições hospitalares. O cenário obstétrico no processo de parto e nascimento é promovido como potencial patológico pela intensa medicalização em que o corpo feminino se torna inadequado, complicado e falho, necessitando o uso de tecnologias para remediar tal situação. Com apenas 5,6% dos partos de risco habitual não sofrendo qualquer tipo de intervenção, foi observado, mais de 50% de episiotomias, 90% de partos em posição litotômica, cerca de 40% infusões de ocitocina sintética e ruptura artificial de membranas nas parturientes, e 37% de realização da manobra de Kristeller (LEAL et al, 2014).

Além disso, depois da década de 1970, o número de cesarianas no Brasil começou a aumentar. A cesariana tornou-se o método de parto mais comum em 2014, respondendo por cerca de 57% de todos os partos no país e 84% no setor privado e 40% no setor público (PATAH; MALIK, 2011; TORRES et al., 2014). A nível global, a recomendação é de que a taxa de cesariana populacional não ultrapasse 15% (BETRAN et al., 2015). Para o Brasil, considerando as características demográficas e obstétricas de sua população, a taxa máxima seria de 25-30% (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em seu estudo, Dias (2008) demonstra que até o final do século XIX a cesariana era considerada uma intervenção rara, com taxa de mortalidade materna superior a 90%. Por causa dos resultados ruins, a cirurgia somente era considerada quando a vida da mãe ou da criança estava em perigo (FAÚNDES; CECATTI, 1991). No entanto, as taxas de mortalidade começaram a cair à medida que a antissepsia, os procedimentos cirúrgicos (aplicação de suturas, adoção de técnicas de antissepsia, mudança na forma da incisão uterina) e os anestésicos melhoraram. Então, as cesarianas antes destinadas a solucionar situações de perigo materno e fetal, começaram a ser realizadas com maior frequência, de forma rápida e consideradas tecnicamente seguras (O'SULLIVAN, 1990).

Entre 1970 e 1980, levantou-se a hipótese de que a cesariana reduzia o risco de mortalidade materna e neonatal. No entanto, outros fatores, como a melhoria da qualidade dos serviços médicos em geral e dos serviços obstétricos em particular, bem como melhorias gerais na assistência à saúde materna, foram associados a taxas mais baixas de mortalidade materna e perinatal, de acordo com O'Driscoll e Folley (1983), descartando a via de parto como fator único significativo.

A escolha da via de parto deve ser baseada em evidências científicas. Nas maternidades do SUS, a indicação da cesariana é majoritariamente baseada na identificação das necessidades durante a gestação ou o parto, sendo limitada a possibilidade de realização da cesariana a pedido. Na saúde suplementar, no entanto, a cesariana pode ser prontamente solicitada com base nas preferências da mulher e/ou indicação médica (DOMINGUES et al., 2014). Vários são os fatores influenciadores que favorecem a escolha pela cesariana, sendo eles culturais, socioeconômicos, conveniência médica, hotelaria hospitalar, obstétricos, forma de pagamento do parto (PATAH; MALIK, 2011; DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014; VALE et al., 2015; FERRARI; CARVALHAES; PARADA, 2016; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016; TORRES et al., 2014).

Vários são os determinantes para escolha da via de nascimento por cesariana como a idade materna, a paridade; a escolaridade materna; ser internada em hospital público ou privado; o local de origem das mães distintos do hospital de internação; a influência do profissional médico sob a escolha da via de nascimento pela mulher durante o aconselhamento pré-natal, facilitando momento do nascimento para dias úteis da semana; formas de remuneração; estar internada entre o horário das 18h e 00h; data provável do parto próximo à dias de feriados (DE MAGALHÃES, 2019).

No Brasil, o primeiro levantamento nacional de dados obstétricos e perinatais, realizado em 2011 e 2012, com uma amostra complexa incluindo 23.894 mulheres, apresentou resultados

de taxas de cesárea duas vezes maiores em serviços de saúde privados quando comparados com serviços públicos, o que sugere fatores não clínicos envolvidos nas decisões de realizar as cesarianas (NAKAMURA-PEREIRA et al, 2016). Além disso, mulheres brasileiras consideradas de alto risco, no setor público, tem como principal via de parto a cesariana. Em contrapartida, não existe diferença significativa para taxas de cesáreas em mulheres do setor privado quando comparadas baixo risco e alto risco, o que permite reforçar o uso descontrolado da cesariana na rede de saúde suplementar brasileira (NAKAMURA-PEREIRA et al, 2016).

O modelo obstétrico brasileiro é caracterizado pela medicalização do processo de parturição; assistido em instituições que possuem estrutura hierárquica com protocolos rígidos; decisões clínicas não compartilhadas e autoridade estritamente médicas, em ambos os setores de saúde (PATAH; MALIK, 2011; VICTORA et al., 2011; TORRES et al., 2014).

As cesarianas, como qualquer operação, incluem riscos a curto e longo prazo que podem perdurar após o nascimento e prejudicar a saúde da mulher, do filho e de futuras gestações. Esses riscos são aumentados em mulheres que têm acesso limitado a cuidados obstétricos abrangentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A crescente utilização da cesariana como intervenção médica promove o nascimento prematuro com um número significativo de indicações incorretas, resultando em prematuridade iatrogênica e aumento do risco de morte perinatal e infantil. A cesariana tem sido relacionada a um maior risco de alergias; excesso de peso aos 12 meses; infecções respiratórias; e asma infantil por anormalidades na microbiota intestinal e risco aumentado de taquipneia transitória do recém-nascido induzidas pela falta ao canal de parto durante o parto vaginal; além de risco aumentado para hospitalização relacionada à infecção do que crianças nascidas por via vaginal. Entre os riscos maternos, incluem infecções, lesões em outros órgãos, hemorragias, entre outros. A hemorragia permanece como a principal causa de mortalidade materna em todo o mundo (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2020; DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Dessa forma, a OMS recomenda intervenções para diminuição das taxas de cesáreas no Brasil e no mundo. Refere que as intervenções devem ser inovadoras e conter diversas abordagens, pois a causa deste problema de saúde pública é multifatorial (ROBSON, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

4.3. AS MULHERES E OS SEUS MOVIMENTOS: UMA CONJUNÇÃO DE EMBATES E BUSCA POR DIREITOS

O movimento de mulheres se apresenta como uma potência da sociedade civil

organizada, da mídia e da judicialização para a promoção da proteção social como importante pilar para implantação de políticas de saúde das mulheres no Brasil. Inclusive para fomentar o papel do Estado na manutenção das boas práticas e das evidências científicas.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) faz parte desta potência, e como grupo atua no Brasil em rede desde 1993. Seu objetivo permeia a divulgação do cuidado obstétrico baseado em evidência científica e em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal rede tem sido essencial para o desenvolvimento de um movimento conhecido no país como "humanização do parto e nascimento", pois integra profissionais da saúde, mulheres, militantes de movimentos relacionados, pesquisadores, educadores, entre outros para uma atuação obstétrica respeitando a fisiologia do corpo feminino. Em que, a partir da conscientização do processo natural e fisiológico, busca evitar intervenções desnecessárias e aprimorar a atenção ao processo de gravidez, parto, nascimento e amamentação (RATTNER et al, 2010).

A ReHuNa incentiva linhas de atuação que favorecem a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das mulheres e famílias, além de um nascimento respeitoso. Suas principais frentes são a gestão do cuidado; a difusão do conhecimento; a formulação de políticas públicas; o baluarte da resistência; e a formação de profissionais (RATTNER et al, 2010).

O movimento de doulas no Brasil também se apresenta como uma organização em defesa de um parto não violento. Dessa forma, inicia-se desde 1997, com uma iniciativa pioneira no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, o projeto "Doulas Voluntárias", as quais traziam em seu cerne o significado grego da palavra Doula, para quem auxilia mulheres no período gravídico-puerperal – estando à serviço. Em 2003, houve o primeiro curso de certificação de doulas, intermediado pela Rede Parto do Princípio (Rehuna) para com a doula americana Debra Pascali e Nascimento (SAMPAIO; BRILHANTE & HERCULANO; 2018).

O movimento de doulas, ainda recente e em construção, atravessa e é atravessado principalmente pela Rede Parto do Princípio, devido a sua proximidade com o movimento de mulheres, e pouco ou ainda engatinhando para com o movimento feminista (FONSECA & FREITAS, 2017).

Dessa forma, cabe à esta tese descrever sobre o Parto do Princípio (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015b). Tal rede ampla de mulheres, começou a lutar por direitos ligados ao parto e nascimento no Brasil em 2006. Desde então, tem desempenhado um papel importante no combate à violência obstétrica e tem destaque na discussão do sistema de saúde para a implementação de políticas que qualifiquem o apoio e diminuam as altas taxas de cesáreas (estimativa de 77,5% em 2005, no setor privado) (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015b).

Apropriaram-se de fatos científicos e elaboraram um dossiê que foi entregue ao Ministério Público Federal (MPF) em 2006 com base em suas experiências pessoais como mães e usuárias do sistema de saúde. Em tal dossiê (CHEN; MARCINKOWSKI; CASSAB, 2016), foram propostos, há época:

1. Adoção pelos planos de saúde do paradigma já existente no Sistema Único de Saúde, fixando-se tetos máximos para o pagamento de cesáreas, conforme percentuais decrescentes para cada ano.
2. Aumento do valor pago aos médicos para partos normais e diminuição do valor pago pelas cesáreas.
3. Credenciamento de enfermeiras obstetras para assistência ao parto normal em hospitais particulares.
4. Incentivo à construção de Casas de Parto Particulares anexas ou próximas a hospitais (para caso a parturiente tenha necessidade de transferência).
5. Tornar pública as taxas de cesáreas de obstetras e maternidades credenciadas aos planos de saúde.
6. Que o direito ao acompanhante no parto seja estendido à saúde suplementar independente de taxas ou autorizações médicas.
7. Que seja vedado aos planos de saúde a exclusão de cobertura de honorários referentes a partos domiciliares.

O MPF convocou o Parto do Princípio para a primeira Audiência Pública em 26 de setembro de 2007. Representantes da ANS, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Medicina (CRM), as Associações Hospitalares da cidade de São Paulo, a Federação Brasileira de Hospitais, representantes de diversos hospitais paulistas e Operadoras de Planos de Saúde, a audiência contou com a presença de aproximadamente 200 pessoas (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a).

Figura 1: Primeira Audiência Pública no Ministério Público Federal.



Fonte: Página da Rede Parto do Princípio.

Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/den-ncia--altas-taxas-de-ces-reas>.

Acesso em: 03 março. 2022.

E como proposta desta audiência para mudança do cenário do parto e nascimento na rede privada foram deliberados os seguintes itens (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a):

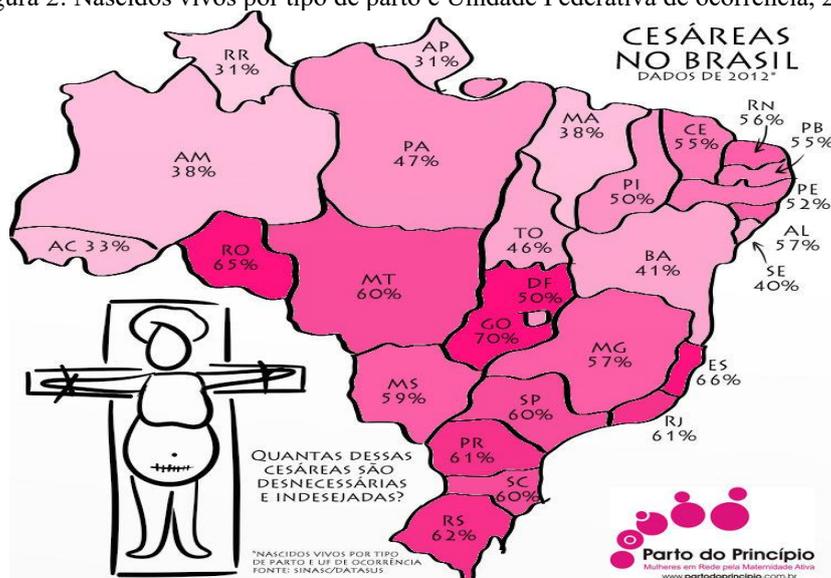
- a) A ANS se comprometeu a inserir no Rol de Procedimentos a obrigatoriedade da cobertura de um acompanhante de escolha da mulher conforme a Lei do Acompanhante (Lei 11.108 de 2006);
- b) Formalização de uma solicitação ao Conselho Federal de Medicina para que esse estabeleça critérios para a realização de cesáreas a pedido da mulher sem indicações clínicas;
- c) Criação de certificação para hospitais que realizem assistência a partos naturais (de forma análoga à certificação Hospital Amigo da Criança);
- d) Realizar campanhas de conscientização de profissionais e de mulheres;
- e) Elaboração de uma cartilha oficial com informações sobre os benefícios do parto normal, direitos das mulheres grávidas, riscos de uma cesárea desnecessária;

- f) Assegurar que enfermeiras obstetras possam ser responsáveis pela assistência direta a partos naturais;
- g) Fomentar a criação de Centros de Parto Normal anexos a hospitais;
- h) Atuar junto à formação de novos profissionais médicos com capacitação para atuação na assistência ao parto embasada em evidências científicas;
- i) Rever a diferença na remuneração de profissionais na assistência ao parto e na assistência à cesariana (diante dos indicativos de que há predileção por parte dos médicos pela cesariana por causa da remuneração);
- j) Tornar disponível publicamente as taxas de cesáreas e partos de médicos, hospitais e operadoras de planos de saúde.

Em 2010, sem acordo prático efetivo após três anos da primeira audiência, o MPF ajuizou uma Ação Civil Pública contra a ANS, nº 0017488-30.2010.4.03.6100. A Ação exige que a ANS regulamente a os serviços obstétricos privados, acatando muitas sugestões do dossiê da Rede de Mulheres Parto do Princípio (BRASIL, 2010).

Em 2014, ainda sem atender as expectativas do MPF e das mulheres, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi convocada novamente para uma nova Audiência Pública, no dia 06 de agosto de 2014 (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a). Representante das principais entidades, universidades e mulheres participaram novamente, utilizando como referência as taxas de cesárea do setor privado referente ao ano de 2012, que eram expressivos 84,6%.

Figura 2: Nascidos vivos por tipo de parto e Unidade Federativa de ocorrência, 2012



Fonte: SINASC/DATASUS (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>) e página da Rede Parto do Princípio.

Disponível em: < <https://www.partodoprincipio.com.br/cesareas-indesejadas>>.

Acesso em: 03 março. 2022.

Em 2014, a BBC News Brasil, publicou uma matéria revelando sobre o impasse dos

órgãos federais e entidades de saúde privadas para redução dos índices epidêmicos de cesáreas. Nesta mídia, a autora revela sobre a ação civil pública em que o Ministério Público exige da ANS medidas para diminuição das altas taxas de partos cirúrgicos e estímulo ao parto vaginal.

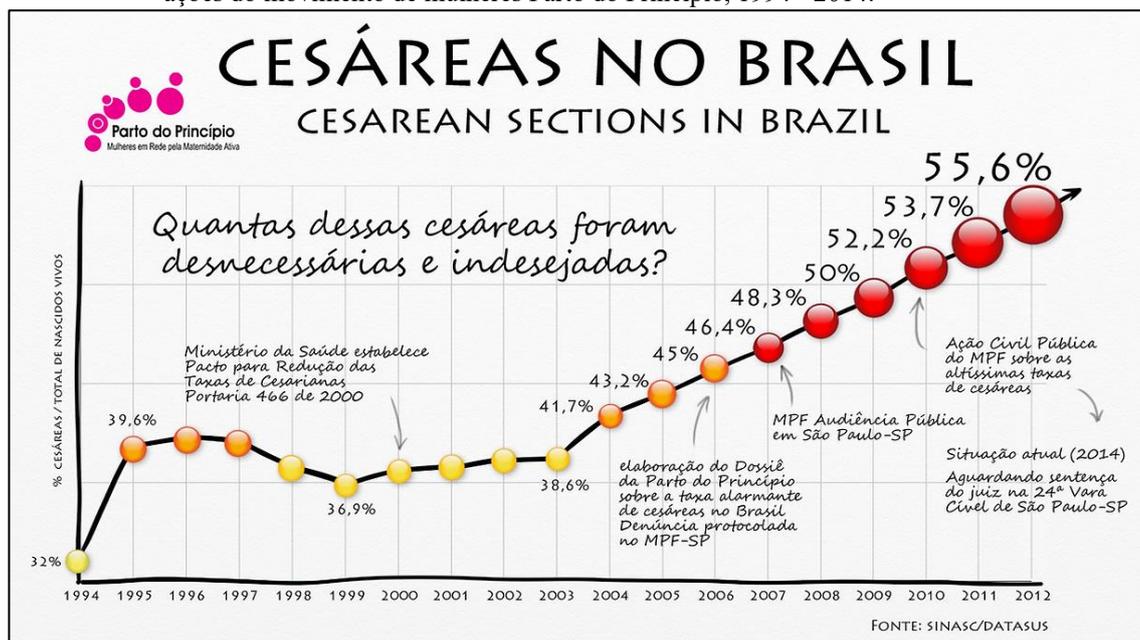
Figura 3: Publicação midiática intitulada “Ações de combate a ‘epidemia’ de cesáreas estão paradas na Justiça há 04 anos”



Fonte: Página da BBC News³. Disponível em:
https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140418_cesaria_mp_ans_mdb.
Acesso em: 03 março. 2022.

Em 24 de outubro de 2014 e 24 de novembro de 2014 a ANS atendeu às exigências do MPF e abriu consultas públicas (nº 55 e nº 56) (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a) “O direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesarianas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante” (BRASIL, 2015).

Figura 4: Taxas de cesáreas (setores público e privado) no Brasil relacionadas a trajetória histórica das ações do movimento de mulheres Parto do Princípio, 1994 - 2014.



Fonte: SINASC/DATASUS (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>) e página da Rede Parto do Princípio.

Disponível em: < <https://www.partodoprincipio.com.br/cesareas-indesejadas> >.

Acesso em: 03 março. 2022.

Em 06 de janeiro de 2015, foi publicada a Resolução Normativa nº 368 pela ANS, a qual incentiva o parto normal e impõe limites ao agendamento de cesarianas sem trabalho de parto (BRASIL, 2015).

- a) a obrigatoriedade do fornecimento e preenchimento do “cartão da gestante”, com todas as informações sobre o pré-natal, para que a mulher possa ser atendida com segurança por qualquer profissional quando ela estiver em trabalho de parto ou em caso de intercorrências.
- b) que o cartão da gestante apresente uma “Carta de informação à gestante” sobre os seus direitos, incluindo o direito ao acompanhante sem pagamento de taxas extras e sobre como consultar a taxa de cesarianas dos serviços e profissionais vinculados à operadora.
- c) a divulgação, a pedido da mulher, das taxas de cesariana dos profissionais e serviços credenciados pela operadora.
- d) torna-se obrigatória a utilização do partograma para o pagamento do procedimento de parto. Através do partograma, o médico ou enfermeiro obstetra acompanha e registra a evolução do trabalho de parto, com sinalização de necessidade de alerta ou de ação, incluindo a necessidade de cesariana.

Em 27 de fevereiro de 2015, houve a condenação da ANS para cumprir as outras exigências inseridas na Ação Civil Pública pelo juiz da 24ª Vara Federal Cível de São Paulo.

- a) determine às operadoras de planos privado de assistência à saúde que forneçam a seus beneficiários, a pedido destes e em determinado prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora no ano anterior ao questionamento;
- b) defina, segundo seus critérios técnicos, um modelo de partograma e estabeleça como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora;
- c) determine a utilização do cartão da gestante como documento obrigatório;
- d) determine às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto;
- e) crie indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento;
- f) estabeleça que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação a cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos.

Pesquisadores do assunto no Brasil, grandes aliados ao movimento de mulheres, publicou sobre dois protótipos que permitiram almejar que intervenções complexas em maternidades privadas poderiam fomentar à diminuição das taxas de cesárea e incentivar boas práticas obstétricas.

Em 2014, estudo publicado na Revista Caderno de Saúde Pública intitulado “Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal”, como subprojeto de uma coorte de âmbito nacional (2011/2012), comparou hospitais com modelos de cuidado padrão (típico) e 01 (um) hospital com modelo de cuidado, dito atípico, ou seja, que tinham equipes de plantão e trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos obstetras, e tinha o selo de Hospital Amigo da Criança. Obteve como resultado que a maioria dos nascimentos termos tardios (nascidos entre 39 e 41 semanas) aconteceram no hospital atípico; com relação a desfechos neonatais, o hospital atípico apresentou melhores resultados em todos os itens avaliados como: contato precoce pele a pele, aleitamento materno na primeira hora após o parto, alojamento conjunto durante toda a hospitalização, alta em aleitamento materno exclusivo. Com relação ao desfecho neonatal adverso não houve diferença significativa entre os dois tipos de modelo de cuidado (TORRES, 2014).

No ano subsequente, 2015, houve a publicação de outro estudo na revista Brasileira de

Ginecologia e Obstetrícia, intitulado “Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado”, o qual sugeriu a redefinição modo de ofertar cuidado, por meio da Ciência da Melhoria Contínua. Como importante resultado deste estudo, houve um aumento do percentual médio de partos vaginais ultrapassando em 40% a meta pré-estabelecida no início da intervenção. O hospital elevou de 26 para 51 % a taxa de parto normal, no período de outubro de 2012 a agosto de 2014 (BOREM et al., 2015).

4.4. PROJETO PARTO ADEQUADO: PRIMEIRA FASE OU FASE PILOTO

Em outubro de 2014, o Ministério da Saúde e ANS anunciaram novas medidas para incentivar o parto normal e reduzir o número de cesáreas desnecessárias em que foi lançado uma proposta de projeto-piloto com intercâmbio e cooperação técnica com Hospital Albert Einstein e o IHI com consulta pública, proposta de resolução normativa, sobre o tema (BRASIL, 2015).

Em fevereiro de 2015 foi finalizado o escopo do projeto-piloto, denominado Parto Adequado. Os parceiros da iniciativa reuniram hospitais e operadoras de planos de saúde de todo o Brasil para apresentar e discutir a proposta. Em março de 2015, os hospitais interessados se inscreveram para participar do projeto; a ANS, o Hospital Albert Einstein e o IHI selecionaram os participantes (BRASIL, 2016b).

Durante o processo de seleção dos hospitais participantes foram elaboradas várias estratégias para difusão do projeto entre os hospitais, controle e acompanhamento dos inscritos. Primeiramente, houve convite à hospitais-chave e em seguida foi aberto à candidatura via site com link específico da chamada para os demais (BRASIL, 2016b).

a) Inicialmente, foram selecionados hospitais com partos registrados no SINASC no ano de 2012, e que prestavam atendimento a beneficiário de plano privado de saúde. Em seguida, estes hospitais foram filtrados considerando: ocorrência de mais de 500 partos ao ano, taxa de cesariana maior ou igual a 75%, e pelo menos 50% dos leitos destinados ao atendimento a beneficiários de planos de saúde.

b) Os hospitais filtrados foram ordenados conforme o volume de partos no ano, a proporção de cesarianas, a localização na capital ou interior (não capitais). Foram testadas ordenações segundo tais variáveis, e optou-se por priorizar o volume de partos realizados e a localização geográfica, com a seleção final de uma amostra de 100 hospitais. Da amostra de 100 hospitais, foi feita, ainda, uma seleção das 30 instituições mais relevantes, de acordo com os mesmos critérios filtrados, sendo os hospitais contatados individualmente para divulgação e

convite à participação na primeira reunião pública de apresentação do projeto.

Destas 30 instituições estratégicas e mais relevantes para a mudança de modelo de cuidado, 20 fizeram a adesão ao projeto. As outras candidaturas realizadas por meio do site foram reunidas e selecionadas conforme critérios específicos (BRASIL, 2016b):

- a) Volume de partos – hospitais com maior volume, preferencialmente pelo menos 500 partos por ano;
- b) Taxa de cesariana – hospitais com as maiores taxas, preferencialmente aqueles com 75% ou mais;
- c) Localização geográfica – hospitais distribuídos pelas regiões do país, buscando representatividade em todas elas, com priorização de áreas com maior cobertura por planos privados de saúde;
- d) Localização da cidade – hospitais distribuídos na capital e no interior, com maior inclusão dos primeiros devido à maior cobertura da população por planos privados de saúde;
- e) Vínculo com o SUS – hospitais exclusivamente privados (sem vínculo com o SUS) devem ser a maioria, mas também é desejável a participação de hospitais mistos (privados que também atendem ao SUS), já que sua inclusão pode evidenciar práticas diferenciadas que interferem nos resultados e devem ser estudadas;
- f) Cobertura da população do município por planos de saúde – ao perdurar a dúvida entre hospitais, aquele localizado em município com maior cobertura por plano de saúde é priorizado.

A fase piloto teve então, a adesão pelos 18 meses, de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde, ficando como configuração final 23 hospitais privados (TORRES et al, 2018). Como tiveram muitas inscrições e não havia vagas suficientes para a participação na fase piloto, houve hospitais que receberam acesso aos materiais e métodos desenvolvidos se tornando “grupo seguidor” do projeto. Entre os 35 hospitais, 03 (três) foram convidados para atuarem como “grupo colaborador” por já estarem, há época, implantando alguma metodologia de mudança (BRASIL, 2016c).

O Projeto Parto Adequado se apresenta como uma intervenção conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, implantado em hospitais privados e públicos, para elaborar, testar e avaliar estratégias visando à melhoria da atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2016c). A principal inovação incitada no PPA diz respeito às mudanças no processo de cuidado (TORRES et al., 2018) as quais envolveram:

- a) Adequação de recursos humanos para incorporação de equipe multiprofissional nos hospitais/maternidades e maternidades;
- b) Capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal;
- c) Engajamento do corpo clínico, da equipe e das próprias gestantes;
- d) Revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto.

O objetivo proposto pelo projeto foi modificar o modelo de atenção ao parto dos hospitais participantes, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto, favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos. Sua proposta de realização tem como premissa a identificação de modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e em experiências efetivas na saúde suplementar (BRASIL, 2016c).

Na cooperação técnica, o objetivo da ANS era de coordenar e monitorar o PPA; promover a articulação entre os representantes dos hospitais inseridos no projeto; realizar a análise de indicadores; elaborar relatórios e documentos de registro; divulgar os resultados e se articular com as operadoras de planos de saúde. O Hospital Albert Einstein compôs a cooperação como colaborador técnico-científico e operacional do projeto, encarregado pela logística de participação dos hospitais, além da capacitação dos participantes, atuando como laboratório de excelência na atenção à saúde e participou como hospital piloto, testando as mudanças propostas. O *Institute for Healthcare Improvement* se apresentou como colaborador técnico-científico e metodológico, responsável pela transferência de conhecimento da Ciência da Melhoria aos hospitais, além de apoiar na capacitação de profissionais em qualidade e segurança clínica, no mapeamento de processos, construção de indicadores, análise de dados e monitoramento da melhoria (BRASIL, 2016c).

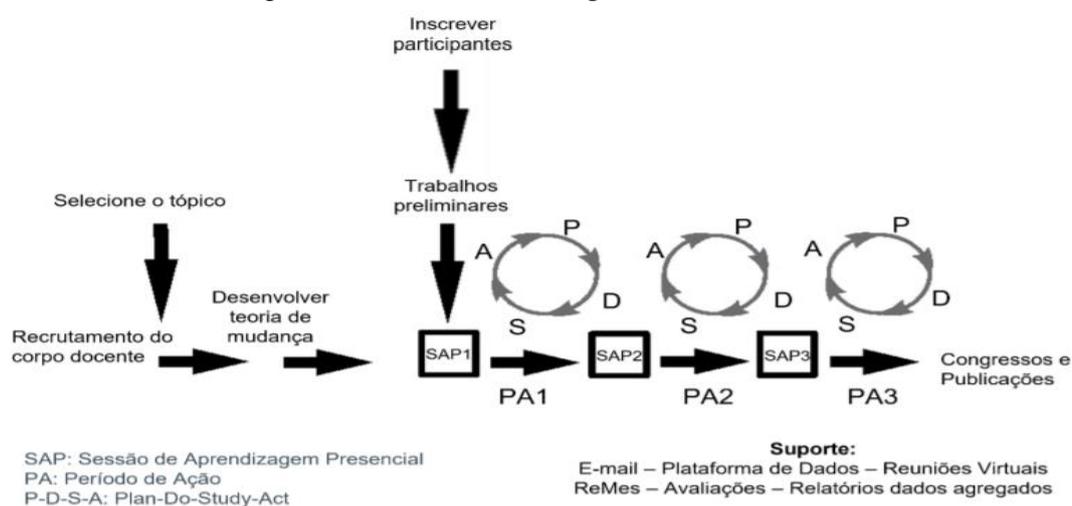
O projeto sugeriu às Operadoras de Planos de Saúde que apoiassem e acompanhassem a candidatura e a participação dos hospitais credenciados e maternidades da rede própria, além de oferecer suporte à implantação das mudanças, promovendo o envolvimento dos médicos de sua rede credenciada, acompanhando as medidas adotadas e disseminando as informações sobre o projeto entre suas beneficiárias (BRASIL, 2016c).

A participação das mulheres, ainda que de maneira inicial há época, foi na oportunidade em que escolheram ser atendidas em hospitais participantes do projeto e serem capacitadas para escolher a melhor via de parto conforme indicação clínica e desejo (BRASIL, 2016c).

O projeto PPA apresentou por meio do IHI, o modelo de *Breakthrough Series Collaborative* (Figura 5), concebido em 1994, por Paul Batalden, que para diminuir as taxas de

cesárea sugeriu combinar especialistas para selecionar, testar e implantar mudanças na assistência. A proposta de utilizar esse modelo inovador fomenta que as organizações (no caso hospitais, Operadoras de Planos de Saúde, ANS) se comprometam a realizar Sessões de Aprendizagem Presenciais (SAPs) para que as equipes de cada instituição participante se reúnam para aprender sobre o tema escolhido e desenhar mudanças, intercaladas com Períodos de Ação (PAs) em que as equipes retornam às suas instituições de origem para testar as mudanças propostas durante os cenários clínicos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2004).

Figura 5: Modelo de *Breakthrough Series Collaborative*.



Fonte: *Institute for Healthcare Improvement*, 2004.

O projeto utilizou-se da ferramenta Diagrama Direcionador, a qual destaca por meio dos objetivos de melhorar a assistência local, direcionadores primários e secundários para que alcance tal melhoria. Utilizou-se durante os períodos de ação, os ciclos Planejar-Fazer-Estudar-Agir (*Plan-Do-Study-Act* PDSA). Estes ciclos testam as mudanças traçadas em pequena escala, para posterior ampliação em toda a instituição (BRASIL, 2016c).

Além disso, os hospitais inseridos no projeto piloto precisavam escolher um dos modelos assistenciais propostos para implantação, que durou 18 meses. Além disso, se comprometeram com mudanças e adequações na ambiência das maternidades; estímulo à participação de acompanhantes no parto; visitas guiadas à maternidade e cursos para gestantes durante o pré-natal; além de avaliação da experiência do cuidado no pós-parto pelas mulheres, com feedback à equipe para melhorar o cuidado. Os hospitais que aderiram ao projeto, escolheram um dos modelos de cuidado abaixo, para implantação (BRASIL, 2016; TORRES et al., 2018):

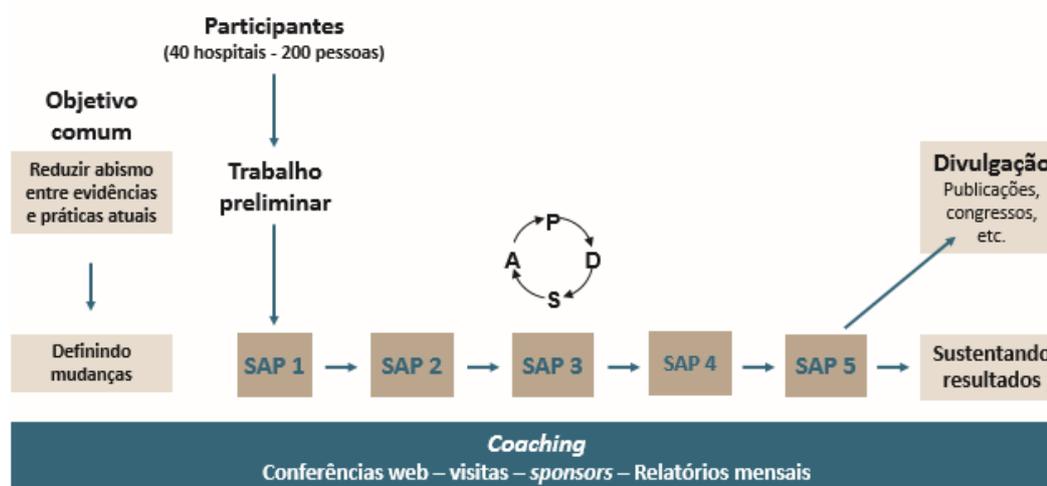
Modelo 1: Parto realizado pelo plantonista do hospital.

Modelo 2: Parto realizado por médico pré-natalista do corpo clínico, com suporte da equipe multidisciplinar de plantão, que realizaria o acompanhamento inicial da parturiente até a chegada de seu médico.

Modelo 3: Parto assistido por um dos membros de uma equipe composta por 3 ou mais médicos e enfermeiras obstétricas, a quem a parturiente se vincularia durante a assistência pré-natal, estando sempre um médico e uma enfermeira obstétrica dessa equipe de sobreaviso para realizar a assistência do trabalho de parto e parto.

Durante o desenvolvimento do projeto, houve sessões de aprendizagem virtuais por um ambiente virtual oferecido pelo IHI com suporte para troca de informações, dados do projeto, relatórios e gravações das reuniões. Cada integrante tinha um acesso único à plataforma o que permitia acesso restrito. Além disso, tiveram sessões de aprendizagem presenciais (SAPs) com treinamentos práticos no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Aconteceram 05 (cinco) SAPs durante os 18 meses do projeto piloto (Figura 6) (BRASIL, 2016):

Figura 6: Sessões de Aprendizagem presenciais treinamentos práticos durante o PPA.



Fonte: IHI, 2004, 2016, ANS Cartilha: nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde, 2016.

Em 20 de janeiro de 2016, houve Apelação pela ANS contra a Sentença que estabelecia que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação a cesariana. As alegações referiam que havia a ausência de atribuição da ANS para fixar valores de remuneração de prestadores de serviços e que havia riscos em oferecer incentivos financeiros para médicos sem experiência em assistir partos normais (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a).

Durante o andamento do PPA, em 5 de fevereiro de 2016, a Agência Nacional de Saúde

adotou a resolução normativa de nº398 de 2016, como forma de atender a mais um tópico da Ação Civil Pública (BRASIL, 2016):

Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

Em 17 de março de 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução 2144 de 2016 em que estabeleceu critérios mínimos para a realização das cesáreas a pedido da mulher sem indicação clínica. Tais critérios são: esclarecimento sobre os riscos de uma cirurgia e realização posterior a 39 semanas de idade gestacional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

4.5. PARTO ADEQUADO: FASE 2 E FASE 3

A fase 02 (dois) apresentou-se com foco em difundir o projeto. O início desta fase se deu em 2017 a 2020; com ampliação da participação de hospitais, totalizando 108 hospitais e 60 operadoras de planos de saúde. Segundo a ANS, nesta fase, foram evitadas, 20 mil cesáreas injustificadas e teve como lema “Construindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto”.

Houve apoio entre os hospitais e as operadoras, por meio de autofinanciamento e seu ciclo intensivo foi adiado devido ao início da pandemia do novo coronavírus (COVID19). Porém, mesmo com toda adaptação   nova realidade devido à pandemia, os hospitais e operadoras da Fase 2 precisaram aderir ao Ciclo Intensivo, caso contrário, estariam excluidos do projeto (BRASIL, 2020).

Nesta fase não foram aceitos hospitais sem operadoras que o apoiassem. Ao se inscreverem no projeto, por meio de um edital de participação, se comprometeram a cumprir as atividades e os cursos propostos, além de prover os recursos, implantar a metodologia do projeto na instituição, encaminhar os indicadores de desempenho no projeto, bem como, realizar os compromissos dentro dos prazos propostos por doze meses (BRASIL, 2020).

A intenção do ciclo intensivo foi criar a teoria da mudanç a para melhorar o modelo de atenção obstétrica na instituição inscrita no projeto. Neste ciclo, abordava-se uma elucidação do porquê o parto vaginal não se apresentava como desfecho prevalente dos hospitais inseridos neste ciclo, principalmente as mulheres classificadas como grupo 1 de Robson (classificação utilizada).

Posteriormente, apresentava-se a teoria para o excesso de cesarianas no Brasil, conforme

influências distais, influências de contexto macro, micro (BRASIL, 2020b). Em contrapartida ao investimento financeiro realizado pelos hospitais e operadoras participantes do PPA, eles receberam uma pontuação bônus no Índice de Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQAS) e Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS)

Durante seu desenvolvimento o projeto foi conquistando parcerias como o Conselho Federal de Enfermagem e a Federação brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), além do projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino (Ápice On) do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Além disso, recebeu menção honrosa no II Prêmio Fundação Getúlio Vargas (FGV) Direito Rio: Melhores Práticas em Regulação (Figura 7).

Figura 7: Equipe do Projeto Parto Adequado no II Prêmio FGV Direito Rio.



Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Publicado em: 16/10/2019.⁷

Disponível em: <https://old.revistacobertura.com.br/2019/10/17/ans-recebe-mencao-honrosa-no-ii-premio-fgv-direito-rio-melhores-praticas-em-regulacao/>.

Acesso em: 03 março. 2022.

No entanto, as taxas de cesárea ainda permaneciam em 85,95% no setor privado, por isso, em 4 de dezembro de 2018 a juíza do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3) convocou nova Audiência Pública. Nessa, houve vários depoimentos de enfermeiras obstétricas, obstetras e de gestores fortalecendo que tem como modificar a forma de parir e nascer, para que não seja predominantemente por via cesárea. Como resultado desta audiência, a desembargadora determinou a criação de um Grupo de Trabalho com integrantes da ANS, do MPF, da Parto do Princípio, do Sentidos do Nascer/Universidade Federal de Minas Gerais, do Projeto Parto Adequado, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), da Unimed do Brasil, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (ACH-USP), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAUDE), da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) e Sindicato Nacional das Empresas de Medicina

de Grupo (SINAMGE), da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Ápice-On), do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Faculdade de Saúde Pública-USP e da Associação de Doulas de São Paulo (ADOSP) (DO PRINCÍPIO, 2012).

Este grupo de trabalho tinha como objetivo subsidiar a ANS nas medidas de regulação e indução da mudança no modelo obstétrico:

- a) Indicadores suficientes e adequados, a serem adotados pelas maternidades tendo como referência os indicadores da Rede Cegonha, do Programa Parto Adequado e do Projeto Apice-On do Ministério da Saúde, entre outras contribuições;
- b) Estabelecimento de metas e prazos para cumprimento desses indicadores propostos;
- c) Definição dos integrantes das equipes multidisciplinares para a atenção obstétrica e neonatal;
- d) Promoção de atividades de educação continuada na área de atenção obstétrica e neonatal;
- e) Introdução da exigência gradual do credenciamento, nas operadoras de planos de saúde com cobertura obstétrica e nas instituições de assistência ao parto, de médicos capacitados para assistência pré-natal, ao parto e nascimento baseada em evidências;
- f) Promoção de ações educativas e divulgação sobre os direitos das mulheres e bebês no parto e nascimento, bem como dos benefícios do parto normal para as mulheres e crianças.

Em 30 de abril de 2019, ficou determinado como medida de execução o prosseguimento da terceira fase do Programa Parto Adequado e em 23 de maio do mesmo ano, o Juiz de Primeiro Grau determinou que a ANS deveria comprovar ações que foram previstas na sentença para redução de cesáreas e aprimoramento do cuidado em obstetrícia. Além disso, solicita efetividade da Resolução Normativa 398/2016 da própria ANS e determina comprovação dos indicadores em saúde obstétrica das OPS'S e dos hospitais baseados no documento proposto pelo Grupo de Trabalho criado pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015a).

Inicia-se então, a fase 03 (três) do PPA, o qual ampliou para uma campanha nacional. Lançada no dia 15/10/2019, tinha como objetivo promover a difusão de ferramentas com foco na melhoria da qualidade no cuidado durante o parto e nascimento, além de ressaltar ainda mais a ampliação do projeto para todo o território brasileiro (BRASIL, 2017-2020). Com o lema

“Construindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto” se tornou um movimento e não mais um projeto, houve então, o chamamento público para participação das mulheres no projeto; coalisão entre atores chave como Ministério Público, órgãos governamentais, profissionais de saúde; audiências públicas; incentivo à registro e divulgação dos indicadores; criação do selo de qualidade do PPA. Atualmente, participam do projeto 113 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2020b).

Em 2020, a ANS apresentou em forma de Consulta Pública nº79 uma proposta de oferecer Selo de Qualidade para as Operadoras de Planos de Saúde que se submetessem a uma avaliação. O Programa de Certificação foi nomeado como Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (BRASIL, 2020a).

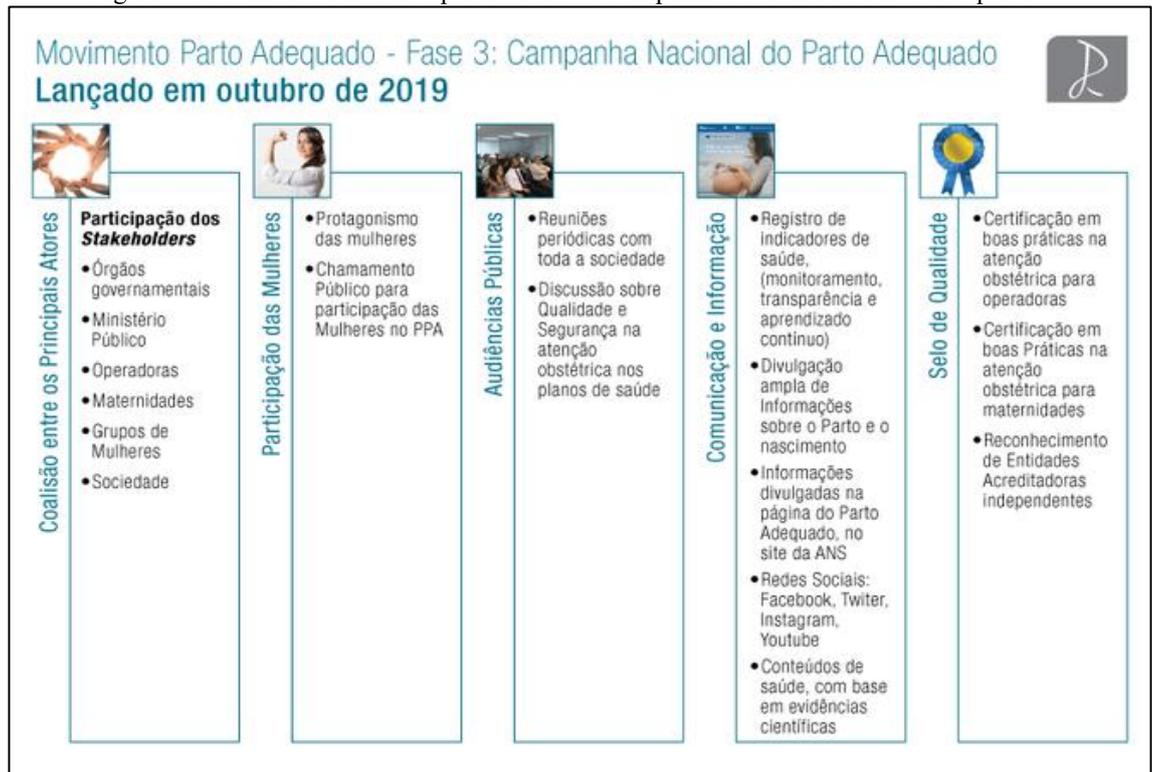
Porém, essa certificação foi alvo de críticas do Movimento de Mulheres pois houve alegação de que: [Clique ou toque aqui para inserir o texto.](#)

1. não consideraria o documento elaborado pelo Grupo de Trabalho (apesar da determinação judicial);
2. não previa obrigatoriedade por parte das operadoras de se submeterem à avaliação;
3. entre as operadoras que participariam somente uma parte dos hospitais credenciados iria ser considerado na avaliação;
4. a avaliação possuiria em sua grande parte indicadores burocráticos e pouco irá verificar a adoção de práticas humanizadas na atenção obstétrica;
5. a metodologia proposta para aferição dos poucos indicadores propostos seria inadequada;
6. criaria um "Formulário" que poderia oferecer brechas para a realização de mais cesáreas sem indicação clínica antes das 39 semanas.

Também em 2020, a ANS submete à Consulta Pública nº 81 a inclusão no Rol de Procedimentos do acompanhamento pré-natal por enfermeiros obstétricos e obstetrites (BRASIL, 2020a). Essa ação fortaleceu a Resolução Normativa 398/2016 (BRASIL, 2016).

Abaixo temos a Figura 8, que revela as principais conquistas da fase 3 do Movimento Parto Adequado. Além disso, foi lançada a Jornada da Gestante em que Operadoras e hospitais deveriam estimular que, o longo caminho, que vai desde o início da gestação até o final do puerpério (período de 42 dias após o parto), tenha o melhor desfecho com binômio mãe-bebê saudáveis.

Figura 8: Movimento Parto Adequado - Fase 3: Campanha Nacional do Parto Adequado.



Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>.

Acesso em: 03 março. 2022.

Figura 9: Jornada da Gestante



Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>.

Acesso em: 03 março. 2022.

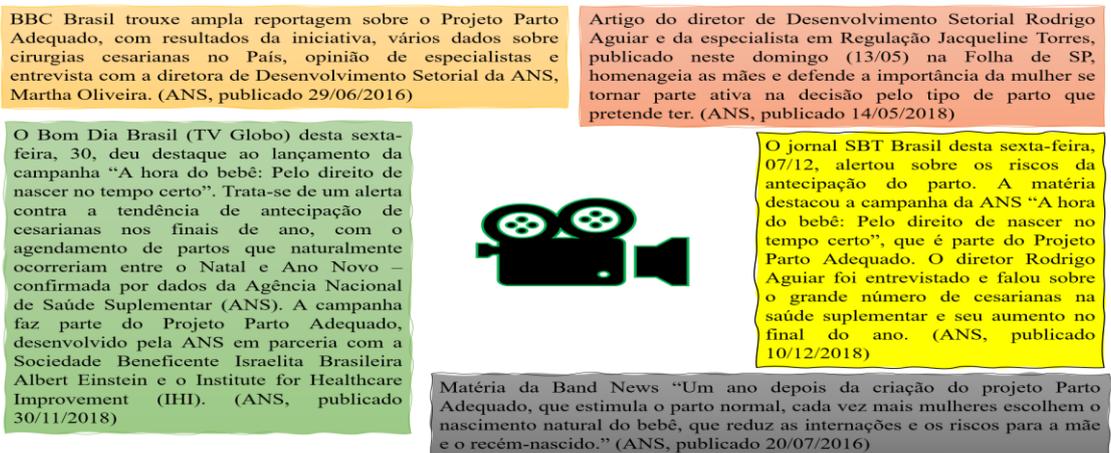
A ANS, em 2021, aderiu à proposta da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), intitulada Aliança Nacional para o Parto Seguro

e Respeitoso. Tal aliança reúne 52 órgãos com o objetivo de defender o direito das mulheres e dos recém-nascidos ao cuidado seguro e ao atendimento de qualidade durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2020a).

4.6. REPERCUSSÕES NA MÍDIA SOBRE O PPA

Outras repercussões positivas em mídias sociais sobre o Projeto Parto Adequado, estão publicadas no site da Agência Nacional de Saúde Pública, na sessão ANS na mídia e foram recortadas e apresentadas abaixo, em formato de figuras (Figura 10 e Figura 11), para demonstrar o alcance deste projeto em diversas perspectivas.

Figura 10: Repercussões positivas em mídias sociais sobre o Projeto Parto Adequado - a

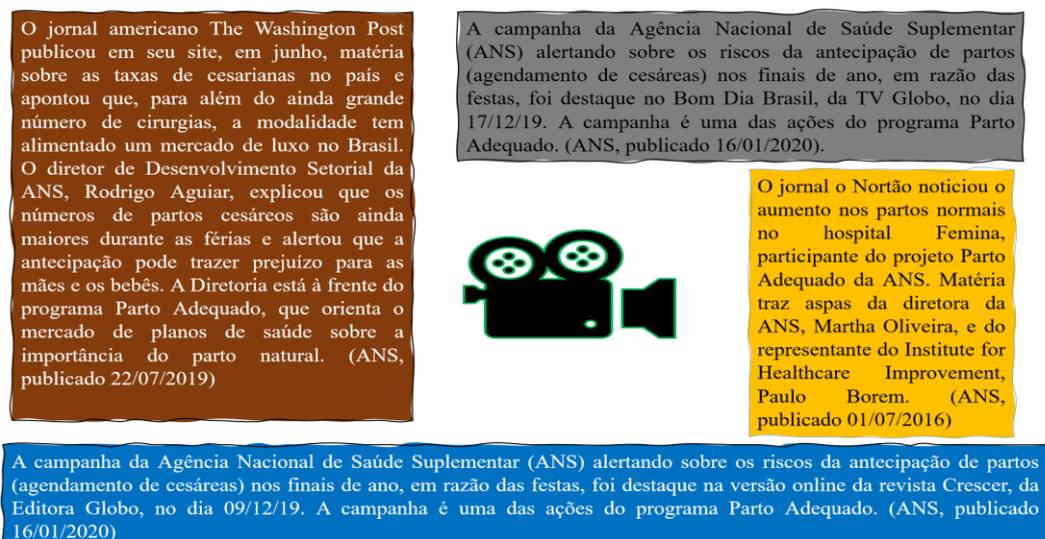


Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1> .

Acesso em: 03 março. 2022.

Figura 11: Repercussões positivas em mídias sociais sobre o Projeto Parto Adequado - b.



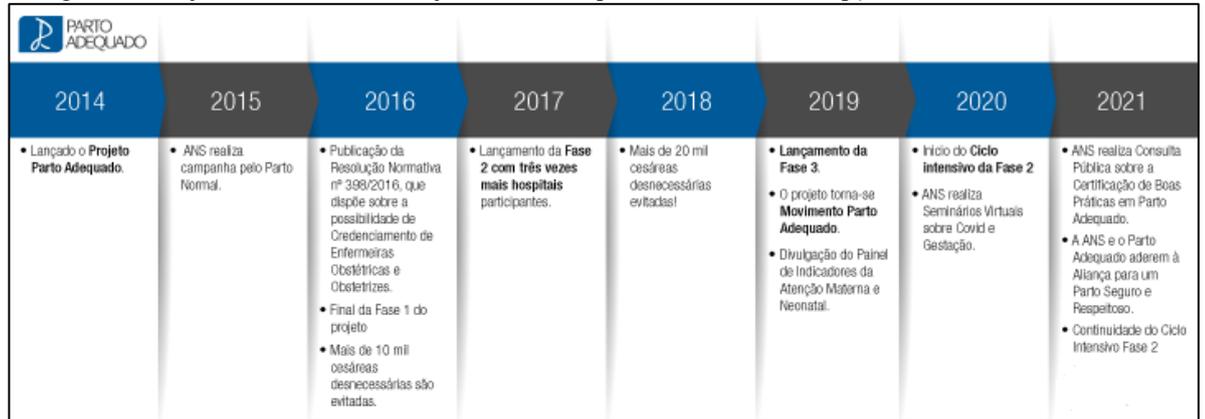
Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1> .

Acesso em: 03 março. 2022.

Abaixo, uma síntese da trajetória histórica do Projeto Parto Adequado desde sua concepção até o ano de 2021, com os principais alcances ano a ano (Figura 12).

Figura 12: Trajetória histórica do Projeto Parto Adequado, desde sua concepção até o ano de 2021.



Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1> .

Acesso em: 03 março. 2022.

5. PESQUISA AVALIATIVA NASCER SAUDÁVEL

5.1 PANORAMA GERAL DA PESQUISA

A pesquisa intitulada “Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil”, tem como objeto de avaliação o Projeto Parto Adequado, descrito no capítulo anterior desta tese. Esta pesquisa foi aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz CAAE: 1.761. 027 em 16 de janeiro de 2017. O financiamento de recursos advém do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação Bill & Melinda Gates, edital MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates 47/2014 (TORRES et al., 2018).

5.2 AVALIAÇÕES EM SAÚDE

Sabe-se que intervenções em saúde, com alto poder de inovação, podem ser objeto de dois tipos de avaliações: a avaliação normativa, que analisa a conformidade dos componentes da intervenção; e a pesquisa avaliativa, que pretende analisar e compreender as relações de causalidade em relação aos componentes da intervenção. Dos tipos de avaliação, existem a avaliação normativa propriamente dita; a análise estratégica; a análise lógica; a análise da produção; a análise dos efeitos; a análise econômica; e a análise de implantação. Cada tipo de avaliação permeia um momento do objeto da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011).

Avaliar é usar critérios definidos e referências para determinar o valor de uma intervenção (serviço, programa, política etc.) e apoiar a tomada de decisão com fatos e informações cuidadosamente processados. A dissecação dos dados em partes menores, revelando os elementos e estruturas que os sustentam, é chamada de análise. Por meio da análise, pode-se, enfim, buscar significado para os dados coletados, a partir de teorias que orientam um determinado projeto e permitem a produção de novos pensamentos sobre os mesmos dados. A capacidade de confirmar, negar ou alterar suposições é fundamental para a análise (FURTADO; GASPARINI, 2019)

Na análise da implantação pretende-se verificar o que acontece no momento intermediário do desenvolvimento de uma intervenção. Tal tipologia apresenta, em sua composição principal, a descrição do grau de implantação observado e a análise do contexto como influenciador da intervenção e de seus resultados (CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS; CRUZ, 2014).

Esse tipo de análise permite identificar as condições que colaboraram ou comprometeram o processo de implantação do PPA e permitem explicar como e por que aconteceram os resultados, abrindo então, a famosa caixa preta das avaliações (BROUSSELLE et al., 2011). No paradigma clássico da caixa preta (falta de clareza), o avaliador controla a intervenção e a direciona para os resultados, porém fica pouco claro o processo pelo qual a intervenção sofreu ao adentrar os contextos. O paradigma foi ampliado para “*transparent box*” que promove por meio de diversas perspectivas a nitidez da intervenção dentro de cada contexto inserido, e o analisa considerando a amplitude de influências que podem o direcionar (LOVE, 2004).

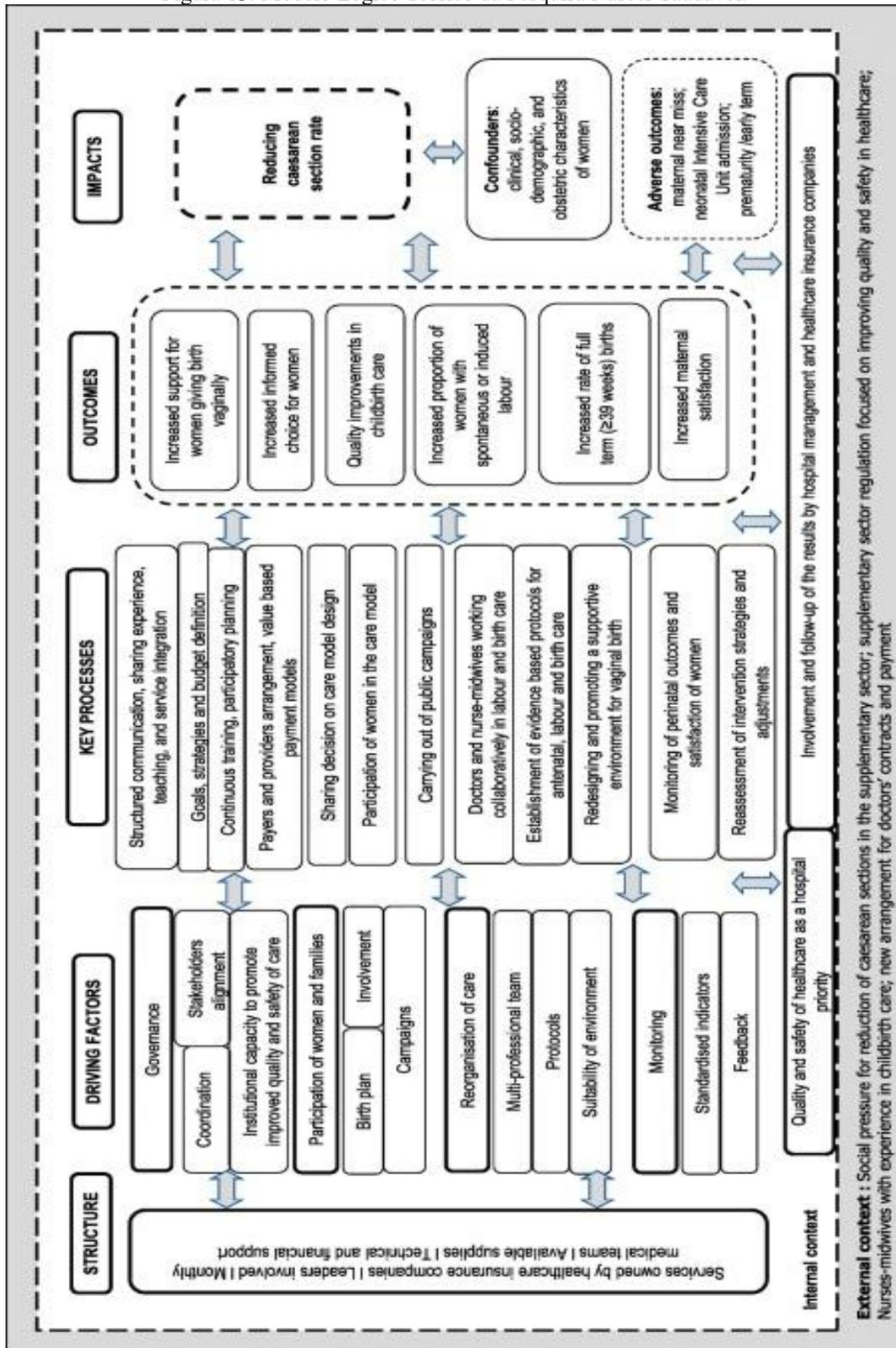
5.3 PROTOCOLO DA PESQUISA

Foi publicado então, o artigo “*Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol*” (TORRES et al., 2018) na revista *Reprod Health*, em novembro de 2018, com o objetivo de estabelecer um protocolo no que diz respeito à avaliação do “Projeto Parto Adequado”.

Primeiramente, o grupo de autores desenvolveu o modelo lógico teórico da intervenção baseando-se nos componentes teóricos do PPA. O modelo lógico facilita os avaliadores diante de intervenções ditas complexas, pois descrevem de forma sistematizada os componentes estratégicos, técnicos operacionais e estruturais da intervenção. Dessa forma, a modelização teórico-lógica do PPA (Figura 13) foi realizada com base em seus quatro direcionadores estruturantes (TORRES et al., 2018).

- **Governança:** formando uma coalizão entre liderança no setor da saúde, alinhando qualidade e segurança em assistência ao parto e parto;
- **Participação de mulheres e famílias:** empoderando mulheres e famílias para que participem ativamente de todo o processo de gravidez, nascimento e cuidados pós-parto;
- **Reorganização da assistência:** reorganizando o modelo de assistência perinatal para favorecer a evolução fisiológica trabalho e garantindo que a decisão pela cesárea está baseada em critérios clínicos;
- **Monitoramento:** estruturação de sistemas de informação integrados.

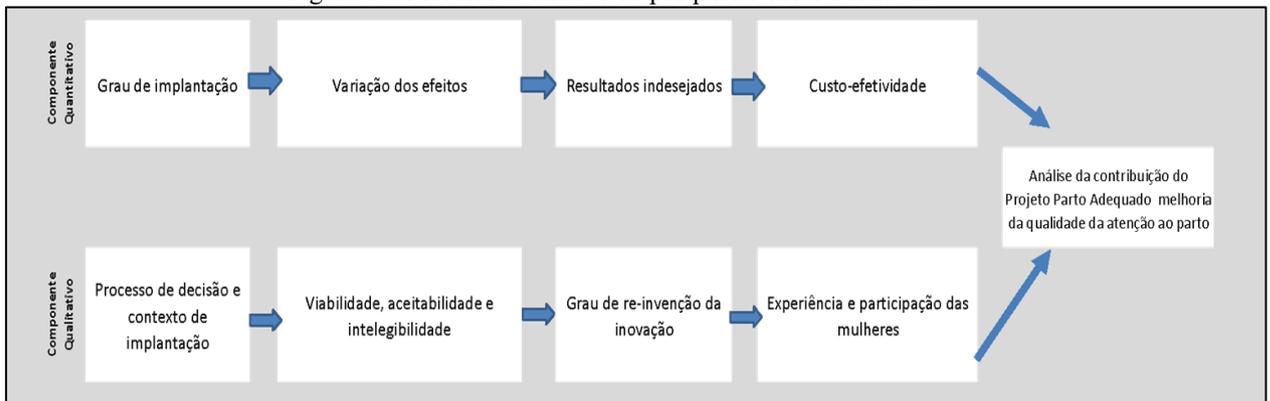
Figura 13: Modelo Lógico Teórico da Pesquisa Nacer Saudável.



Fonte: TORRES et al, 2018.

A fim de julgar se o Projeto Parto Adequado melhorou a qualidade da atenção ao parto e nascimento na rede suplementar de saúde, a avaliação Nacer Saudável traçou dois percursos com abordagens diferentes (Figura 14). O método utilizado foi o de estudo de caso, sendo o PPA o caso, composto por métodos mistos de análise, principalmente quantitativo, com componentes qualitativos complementares.

Figura 14: Percurso avaliativo da pesquisa Nacer Saudável.



Fonte: Criado pelo grupo de pesquisa da Avaliação Nacer Saudável.

Para seleção das maternidades participantes da avaliação, utilizou-se a amostra de conveniência. A partir dos 23 hospitais privados participantes do PPA na fase 01 (piloto), foi escolhido uma amostra com 12 hospitais em que considerou três critérios que poderiam influenciar na implantação do PPA como: localização geográfica (diferenças socioculturais existentes entre as regiões brasileiras); tipo de hospital (hospital pertencente ou não à operadora de plano de saúde); desempenho no PPA junto às metas estabelecidas pela própria ANS para diminuição das taxas de cesárea (TORRES et al., 2018).

A pesquisa foi realizada em dois momentos distintos para coleta de dados. O primeiro [M1], que teve como foco a avaliação do grau de implantação e o efeito da intervenção; e o segundo momento [M2], que teve como foco a avaliação da sustentabilidade da intervenção (TORRES et al., 2018).

5.4 AVALIAÇÃO NASCER SAUDÁVEL – MOMENTO IMPLANTAÇÃO [M1]

A coleta de dados do momento implantação, com o componente quantitativo, foi realizada nos 12 hospitais selecionados inicialmente. Em cada maternidade, foi calculado um tamanho amostral de aproximadamente 400 mulheres, visando detectar uma redução de 10% na proporção de cesarianas. Todas as puérperas com parto hospitalar de nascido vivo, de qualquer idade gestacional ou peso ao nascer, ou de feto natimorto, com idade gestacional ≥ 22 semanas ou peso ≥ 500 gramas, foram consideradas elegíveis para o estudo. Foram consideradas

inelegíveis mulheres com deficiência auditiva, estrangeiras que não falavam português, mulheres com gestações com três ou mais fetos e mulheres internadas para interrupção judicial da gravidez. Foram realizadas entrevistas face a face, coleta de dados de caderneta de gestantes e de prontuários. (TORRES et al., 2018).

A partir da abordagem quantitativa, 8 (oito) dos doze hospitais que apresentaram os melhores resultados quanto ao grau de implantação, foram inseridos na etapa qualitativa para estudo em profundidade. Os dados foram coletados de julho de 2017 a agosto de 2018 com gestores dos hospitais, profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência ao parto e nascimento (médicos e enfermeiros), observação não participante e, por fim, contato telefônico com as mulheres entrevistadas na etapa quantitativa para entrevista em profundidade, aproximadamente seis meses após o parto (TORRES et al., 2018).

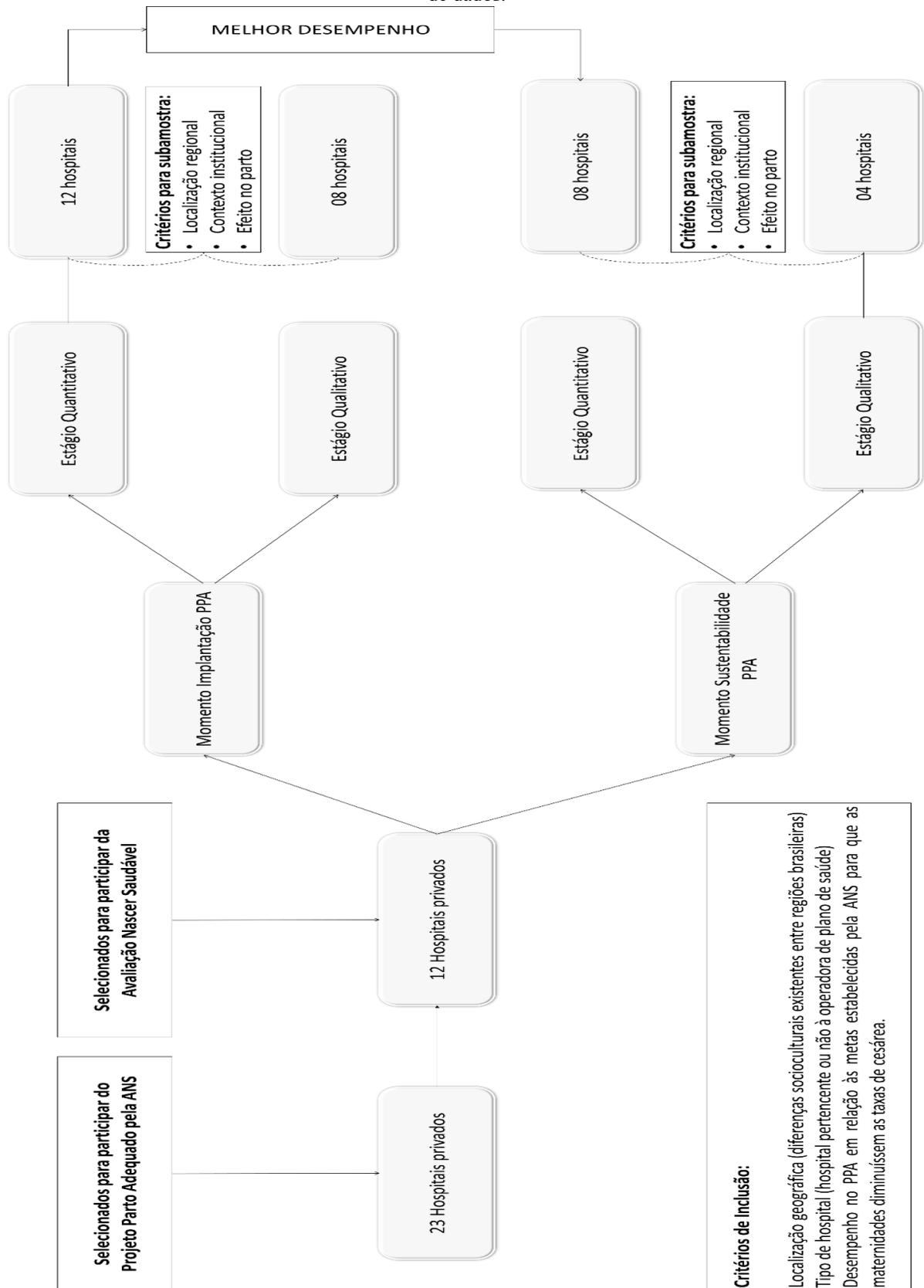
5.5 AVALIAÇÃO NASCER SAUDÁVEL – MOMENTO SUSTENTABILIDADE [M2]

No segundo momento da avaliação com foco na sustentabilidade do PPA ["Momento 2 (M2)"], a coleta dos dados quantitativos ocorreu de maio a agosto de 2018, com apenas 8 dos 12 hospitais iniciais do M1. Quatro hospitais foram excluídos devido à localização geográfica e resultados semelhantes. Em cada um desses oito hospitais, repetiram-se os procedimentos metodológicos do primeiro momento, com entrevistas de aproximadamente 400 mulheres em cada hospital e extração de dados do prontuário da mulher e do recém-nascido (TORRES et al., 2018).

A partir da abordagem quantitativa, 04 (quatro) dos 08 (oito) hospitais que apresentaram os melhores resultados quanto a sustentabilidade do PPA, foram inseridos na etapa qualitativa do M2. A coleta qualitativa ocorreu nos meses de setembro de 2018 a novembro de 2019, incluindo gestores hospitalares, profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência ao parto (médicos e enfermeiros), observação não participante e, por fim, contato telefônico com as mulheres por aproximadamente seis meses após o parto para uma entrevista em profundidade (TORRES et al., 2018).

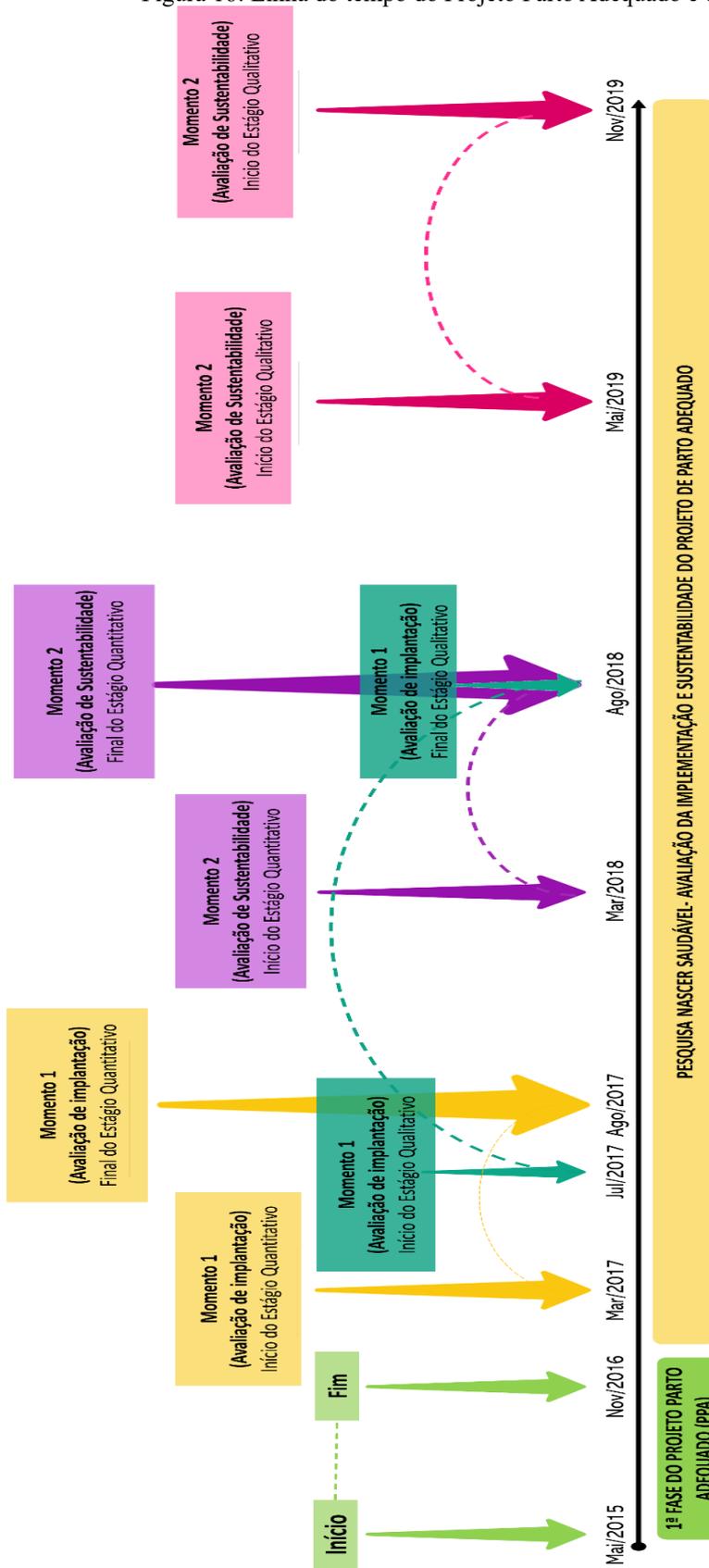
Mais detalhes sobre a coleta de dados, aspectos contextuais e protocolos estabelecidos pela avaliação Nascido Saudável podem ser encontrados em Torres et al (2018) e Domingues et al. (2019). Todo o percurso de seleção descrito acima está representado na Figura 15 e o percurso temporal está representado na Figura 16.

Figura 15: Desenho da amostra e subamostras da Avaliação Nascer Saudável com relação os momentos de coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 16: Linha do tempo do Projeto Parto Adequado e da pesquisa Nascer Saudável.



Fonte: Elaborado pela autora.

6. DIRECIONAMENTO TEÓRICO

Realidades de saúde insatisfatórias como as altas taxas de cesáreas injustificadas no setor suplementar, suscitam a necessidade de intervenções complexas e com alto poder de inovação, como o Projeto Parto Adequado. O conceito de inovação é polissêmico, podendo ser a transformação de um cenário estático ou dinâmico, por meio do uso de tecnologias, processos e ou intervenções; incorpora política, sociedade, instituições, papel do Estado e suas conformações administrativas (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

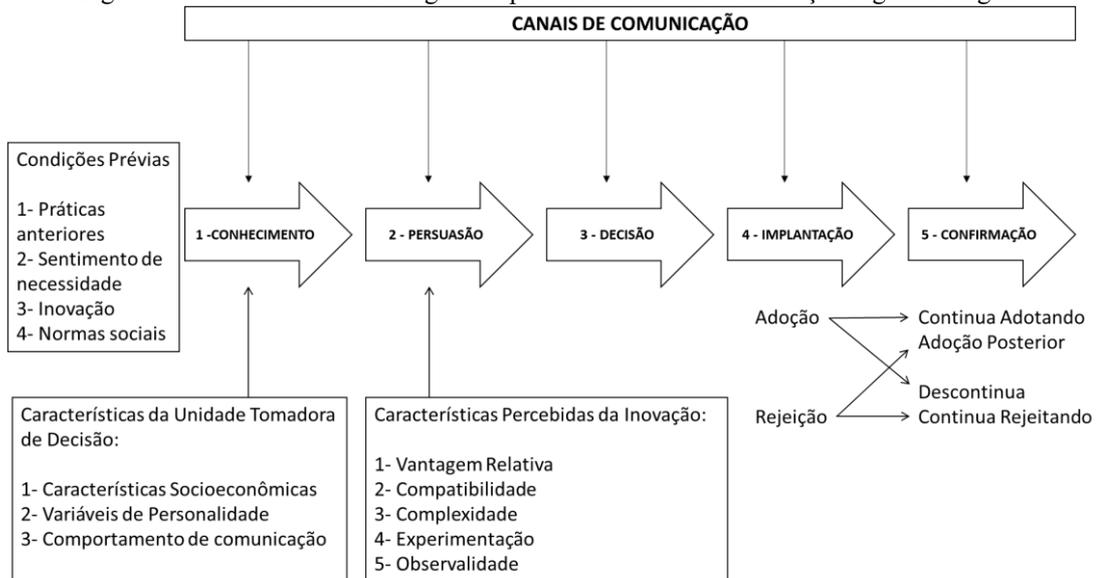
A inovação pode ser realizada de forma incremental ao que já existe no contexto; mas também, pode ser implementada de forma radical, exigindo a extinção do que havia anteriormente (OPSS, 2008). Carregada de um sentido positivo construído socialmente, a inovação deve ser considerada como um ato não neutro de pessoas ou instituições que se baseiam na efetividade para implementá-la.

A inovação no PPA como intervenção, não é somente por pretender diminuir cesáreas injustificadas em um setor de saúde permeado pelo capital, como o setor suplementar de saúde, mas também de vislumbrar a qualificação da assistência de forma segura para uma melhor via de parto. Dessa forma, identificar a necessidade da inovação; em que corpo ela será implementada; se será construída socialmente; se mantém condições mínimas de acesso (GADELHA; TEMPORÃO, 2018); além de não se divorciar inteiramente da tradição ou ditas “inovações antigas” (CONILL, 2018) são questionamentos válidos na implantação de inovações em saúde, evitando assim, o consentimento somente aos interesses do capital e sem levar em conta os interesses sociais (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

6.1 TEORIA DIFUSÃO DE INOVAÇÕES

A teoria descrita por Everett Rogers, intitulada “Diffusion of Innovations”, permeia o processo de comunicação de uma inovação na sua adoção, implantação e sua sustentabilidade. Para Rogers (2003), esse processo geralmente, acontece de forma linear ao longo de um período de tempo que envolve 05 (cinco) estágios: 1- Conhecimento, 2- Persuasão, 3- Decisão, 4- Implantação e 5- Confirmação (Figura 17).

Figura 17: Modelo de cinco estágios no processo decisório de inovação segundo Rogers.



Fonte: Modelo de cinco estágios no processo de decisão da inovação. Diffusion of Innovations, Fifth Edition by Everett M. Rogers. Copyright (c) 2003, traduzido para português.

Rogers (2003) revela que para um indivíduo ou organização tomar uma decisão, existe algumas etapas pelas quais fazem de forma intuitiva ou indutiva. Os passos, segundo Rogers, para a tomada de uma decisão, acontecem primeiramente por meio do que ele intitula como “conhecimento”. Conhecimento, nada mais é do que saber algo sobre o que se pretende adotar. Não necessariamente a adoção deve ser completamente nova no tempo e espaço, porém deve ser uma novidade para aquela pessoa ou para aquela organização. Neste estágio, o decisor da adoção compreende como tal inovação funciona e procura reduzir suas incertezas. As estruturas sociais em que os adotantes estão inseridos fazem total correlação com o conhecimento acerca da inovação. Neste momento, utiliza-se muito a atividade mental cognitiva, envolvendo pensamentos, linguagens, memória e raciocínio.

Ao conhecerem o PPA, como uma intervenção em saúde, compreendendo-a como um conjunto de elementos interligados, que levam em consideração o contexto e o fator tempo (POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2006) os decisores pretendiam diminuir as altas taxas de cesárea na rede suplementar – a inovação. Dessa forma, classificar o PPA como uma intervenção simples ou complexa perpassa saber sobre o seu caráter difuso nas relações de poder; sobre sua amplitude de ações que mobilizam diversos atores; sobre sua dependência relacional ao contexto; e por fim, sobre sua complexidade em suas relações de causa e efeito, sendo então, o PPA considerado uma intervenção complexa (CHAMPAGNE et al., 2011).

Prosseguindo com o segundo estágio da teoria, Rogers (2003), apresenta o que ele propõe como persuasão, para quando o indivíduo ou organização decisória constrói a atitude,

seja ela favorável ou desfavorável para adoção de uma inovação. Para que a persuasão possa acontecer, após ou durante a fase do conhecimento, os canais de comunicação devem se espalhar, sendo os melhores canais os interpessoais. Principalmente quando tais relações são consideradas semelhantes ou ditas “quase pares” seja com características socioculturais, de educação, ou outras; pois transmitem de “igual para igual” a ideia subjetiva à inovação. Nesta fase utiliza-se principalmente da atividade mental afetiva, por perfazer a percepção sentimental geral que os indivíduos apresentam em relação à adoção ou à rejeição da inovação.

Nesse sentido, os chamados líderes de alto impacto são reconhecidos por transmitir credibilidade e confiabilidade à população que irá adotar a intervenção (FLODGRÉN et al., 2011, 2019). Quando traçado estratégias para adoção de determinadas intervenções, utilizar-se deste tipo de liderança permite maior facilidade no convencimento posterior de que a intervenção é algo imprescindível de ser adotada (FLODGRÉN et al., 2011). Estes líderes podem ser inclusive do próprio serviço adotante – líderes de opinião local ou líderes clínicos (INGEBRIGTSEN et al., 2014), pois ele será capaz de perpassar informações credíveis e influenciáveis para quem irá decidir adotar ou não, e posteriormente, para quem colocará em prática diariamente a intervenção, se adotada.

O terceiro estágio, dito “decisão”, para Rogers, perpassa o ato de aceitar ou de rejeitar a inovação. Sua adoção diz da escolha em fazer uso, já a rejeição significa que adotar não será o melhor curso a seguir. Antes de aderir completamente à uma inovação, os agentes decisórios propõem uma adesão parcial ou experimental para diminuir as incertezas e posteriormente ampliá-la. Não são todos os casos em que uma inovação pode ser ensaiada, porém, quando é possível fazer, a adoção acontece de forma mais rápida (ROGERS, 2003).

O quarto estágio da teoria, implantação, caracteriza-se por colocar de fato em uso a inovação, pela unidade decisória. Os estágios anteriores a este, são complexos, porém, basicamente são decisões mentais. Já na implantação da inovação requer decisões com relação à mudança de conduta e comportamento ao longo do tempo, e quando em organização envolvem muitas pessoas. Neste contexto pode-se estabelecer reinvenções nas inovações, fazendo adaptações necessárias (ROGERS, 2003).

6.2 INTERPROFISSIONALIDADE

Para acontecer mudanças em qualquer ambiente exposto à uma intervenção, há de se refletir sobre como as relações de saber, fazer e poder estabelecidas para fomentar a transformação necessária. No contexto hospitalar, em especial na obstetrícia, seria pertinente que as relações profissionais fossem integradas e respeitadas à ponto de que somente a mulher

e sua família fossem o centro das atenções e do cuidado. Nesse sentido, buscando sobre esse agir ideal e real entre as profissões insere-se o conceito de interprofissionalidade.

A interprofissionalidade, acontece como uma relação de trabalho entreposta por afetos em que atravessa as diversas formações acadêmicas para melhor interpretação de fenômenos em saúde, partindo da colaboração e da integração de saberes e fazeres a fim de modificar práticas em um campo comum de intervenção (ELLERY, 2014).

Flutua-se para além do que entendemos como trabalho em equipe, ou trabalho multiprofissional. Entende-se como algo que subsidia o modelo colaborativo de trabalho. Em que os atores colaboram para objetivos que não se fecham em decisões únicas, mas em decisões conjuntas (ELLERY, 2014).

6.3 SÍNTESE DAS LENTES DE ANÁLISE

Para esta tese, os conceitos discutidos neste capítulo serviram como foco de análise, sendo considerado inovação: a proposta da mudança do modelo obstétrico na saúde suplementar brasileira; e como intervenção: o Projeto Parto Adequado. Como lente de análise, utilizou-se o referencial teórico de Rogers, em que no modelo dos cinco estágios, aprofundou-se até o quarto estágio (conhecimento, persuasão, decisão e implantação); e por fim utilizou-se o conceito de interprofissionalidade para entender as relações profissionais construídas nas organizações, após o PPA.

7. ASPECTOS METODOLÓGICOS

7.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

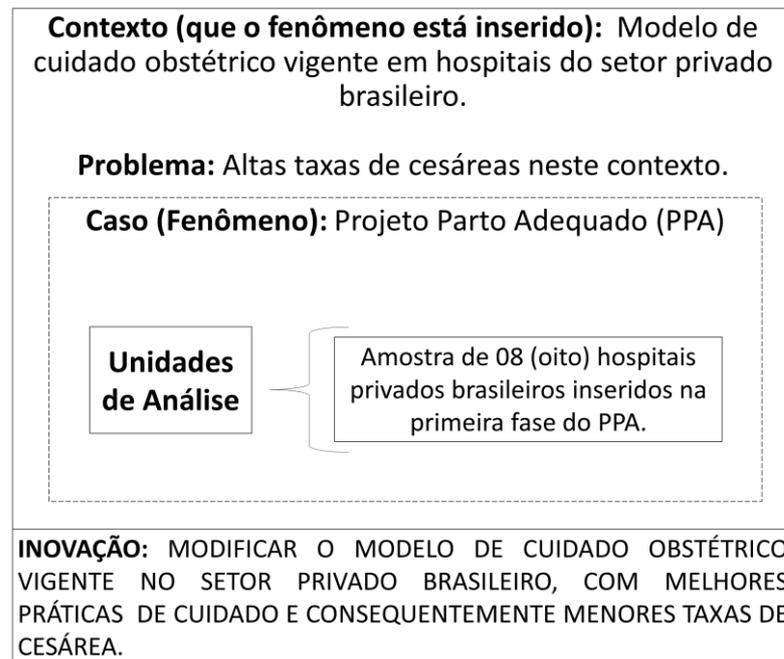
O tipo de pesquisa definido para analisar a adesão e a reorganização do cuidado de hospitais inseridos no Projeto Parto Adequado, foi do tipo analítico exploratório, por meio de estudo de caso único, incorporado, com abordagem qualitativa, sendo o caso, a intervenção PPA.

Para Flick (2009), a abordagem qualitativa em pesquisa, permite uma análise do mundo, através de práticas interpretativas e materiais, bem como uma série de representações, do campo, dos participantes envolvidos, gravações, anotações, onde os pesquisadores estudam este campo em seus contextos naturais. A pesquisa qualitativa responde perguntas que não podem ser expressas em números, pois objetiva descrever os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes de cada indivíduo, baseando-se, em parte, na possibilidade de compreender valores culturais e nas representações de determinado grupo sobre temas específicos (MINAYO, 2001).

Para esta pesquisa, o estudo de caso com abordagem qualitativa contempla a análise da adesão e da implantação do Projeto Parto Adequado. Para tal, Yin (2015) define que o estudo de caso é uma estratégia definida para quando os fenômenos em fins de análise são ditos contemporâneos; quando o pesquisador não possui controle sobre o fenômeno; quando os questionamentos se iniciam com as palavras “como” e ou “porque”; e para quando, para a resolução de tais problemas, há a necessidade de utilizar-se de múltiplas fontes de evidências.

Yin (2015) revela ainda, que os estudos de casos podem ser descritivos ou exploratórios. Os estudos de caso descritivos, possibilitam o detalhamento de um fenômeno contemporâneo específico, incluso no seu contexto real, já os estudos de caso exploratórios buscam-se conectar as ideias para compreender as causas e as repercussões do feito. Além disso, eles podem ser únicos ou múltiplos, e as fontes podem advir de observações diretas, séries sistemáticas de entrevistas, documentos, artefatos e observações participantes. O caso único é empregado quando o elemento estudado é singular ou extremo. Já os casos múltiplos são utilizados quando os sujeitos estão estabelecidos em diferentes contextos. Os estudos de caso único ou múltiplos podem ser classificados como holísticos, quando dispõem de uma única unidade de análise ou incorporados, quando existem duas ou mais unidades de análise (Figura 18).

Figura 18: Estudo de Caso único com múltiplas unidades de análise.



Fonte: Robert K. Yin, 2015. Estudo de Caso Planejamento e Métodos. Adaptado pela autora.

Como guia metodológico direcionado à pesquisa qualitativa, utilizou o *Criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que se encontra dentre os 03 principais avaliados internacionalmente, com 32 questões, dividido em 03 domínios: no primeiro domínio há avaliação da “Equipe de pesquisa e reflexividade”; o segundo domínio contempla o “Conceito do estudo”; e por fim, o terceiro domínio procura avaliar a “Análise e resultados”. O COREQ é coordenado pela *Red Equator* da Universidade de Oxford que disponibiliza diversos guias orientadores para cada tipo de estudo, a fim de que os pesquisadores aperfeiçoem suas submissões em revistas científicas. O COREQ foi escolhido por ser um guia recentemente traduzido e validado para a língua portuguesa (SOUZA et al., 2021)(ANEXO A). Ao percorrer o caminho metodológico desta tese foi considerado, em sua grande maioria, os pontos avaliativos do guia. Os pontos que não foram contemplados, foram justificados a fim de garantir o rigor metodológico deste estudo.

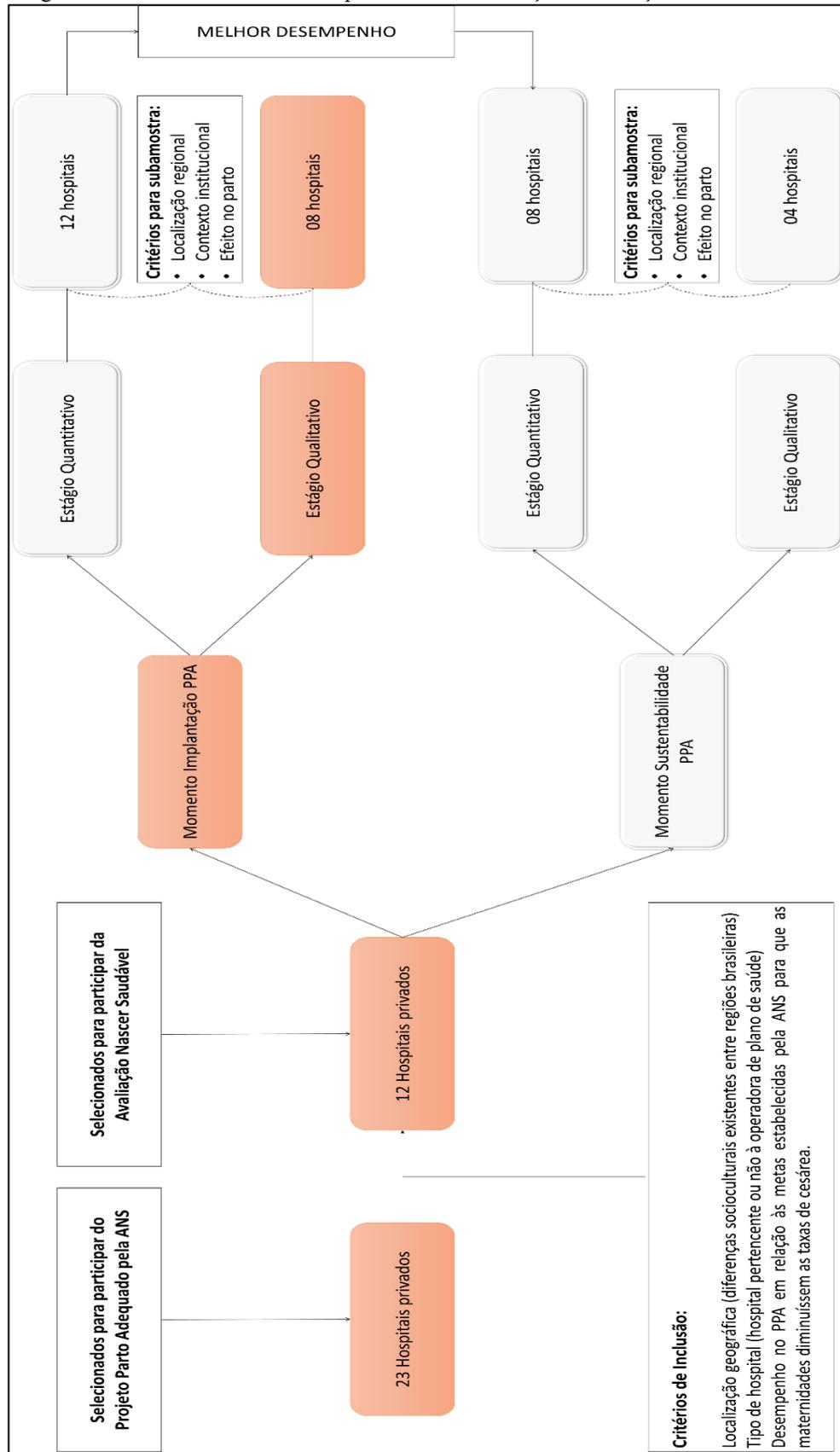
7.2 O CASO E SUAS UNIDADES DE ANÁLISE

O caso deste estudo foi a intervenção Projeto Parto Adequado, em sua primeira fase. Já as unidades de análise foram os hospitais inseridos no PPA. Foi utilizado o conceito de unidades de análise integradas (YIN, 2014), por entender que os hospitais vivenciaram a mesma intervenção (PPA) e ao mesmo tempo, porém, tiveram autonomia para se reinventarem de acordo sua realidade.

7.3 SELEÇÃO DA SUBAMOSTRA

A subamostra dos 08 (oito) hospitais inseridos no recorte qualitativo do Momento 1 [M1 – implantação] da pesquisa “Avaliação Nascer Saudável”, descrita no capítulo anterior, foram contemplados como unidades de análises integradas desta tese de doutorado. Essa amostra, foi selecionada conforme caminho em destaque na Figura 19. Somente 08 hospitais foram selecionados, devido ao melhor desempenho na implantação do PPA na etapa quantitativa do Momento 1 [M1- Implantação]. Foram utilizados os mesmos códigos identificadores dos hospitais referidos pela pesquisa “Avaliação Nascer Saudável” (Hosp01, Hosp02, Hosp04, Hosp05, Hosp06, Hosp09, Hosp10, Hosp12), entretanto nos trechos de falas foi suprimido esta informação para não haver possível identificação dos profissionais e gestores das instituições estudadas.

Figura 19: Desenho da subamostra para a Tese com relação à Avaliação Nascir Saudável.



Fonte: Elaborado pela autora.

7.4 CARACTERIZAÇÃO DA SUBAMOSTRA

Quanto a caracterização dos hospitais, o Hosp01 pertencente à operadora de plano de saúde e se apresenta como rede verticalizada – quando a operadora de saúde possui uma estrutura própria de assistência-, conta com laboratórios, medicina preventiva, clínicas e centros pediátricos, além de hospitais gerais próprios. Apresentou em 2017, taxa de cesariana de 80,28% e em 2019, 80,10%. A população alvo na implantação do projeto piloto foi gestantes admissão pela equipe.

O Hosp02 é um hospital focado em alta complexidade e não pertencente à operadora de plano de saúde. Se apresenta como hospital privado quaternário com credenciamento pelo Ministério da Saúde e tem se submetido à protocolos de segurança nacional (Organização Nacional de Acreditação – ONA) e internacional (*Accreditation Canada International* - ACI). A taxa de cesariana esteve em 89,75% em 2017 e passou para 87,48% em 2019. A população alvo do piloto PPA foi gestantes com admissão e assistência ao parto por equipes de plantão.

O Hosp04 é um hospital de alta complexidade, não é pertencente à operadora de plano de saúde. Considerado um hospital de pesquisa e ensino com residências em Anestesiologia e Medicina. A taxa de cesariana variou de 65,5% em 2017 a 60,9% em 2019. Escolheu como alvo da intervenção as gestantes dos grupos 1 a 4 de Robson (primíparas e múltiparas, com gestação única, a termo, em apresentação cefálica, e sem cicatriz uterina).

O Hosp05 é um hospital de alta complexidade, de propriedade de uma operadora de saúde. A taxa de cesariana variou de 70,6% em 2017 a 72,3% em 2019. Escolheu como alvo da intervenção as gestantes primíparas e múltiparas sem cicatriz uterina admitidas pelo plantão.

O Hosp06 é caracterizado como hospital geral, foi acreditado internacionalmente pela *Joint Commission International* (JCI) entre outras certificações. A taxa de cesariana variou de 81,89% em 2017 a 81,59% em 2019 e escolheu como alvo da intervenção as gestantes primíparas.

O Hosp09 se apresenta como hospital verticalizado, com excelência tecnológica e atendimento humanizado. É considerado referência para as gestações e partos de Alto Risco. Sua taxa de cesariana variou de 74,58% em 2017 a 72,48% em 2019. Escolheu como alvo da intervenção as gestantes que chegavam espontaneamente na admissão da maternidade e tinham o parto assistido pela equipe de plantão.

O Hosp10 conta com a certificação ONA Nível 3, sendo referência para atendimento às urgências de cardiologia, neurologia e vascular. Com relação à área materno-infantil apresentou taxa de cesariana de 78,5% em 2017 e 78,28% em 2019. Escolheu como alvo do piloto PPA, gestantes admitidas pelo plantão e que tiveram assistência ao parto pela equipe de plantão.

O Hosp12 é considerado referência no controle de infecção hospitalar no Brasil. Pertencente a uma operadora de autogestão, tem como principal foco gerenciar a saúde dos seus colaboradores e beneficiários. Possui certificação de excelência ONA e apresentou em 2017, taxa de cesárea de 79,29% e em 2019, 72,87%. A população alvo do piloto PPA foi gestantes primíparas atendidas pela equipe do hospital.

Os percentuais de cesariana acima descritos de cada instituição referem-se à taxa global de cada hospital e não especificamente do público-alvo da fase piloto do PPA. Além disso, foi utilizado o ano de 2017, como referência para a avaliação da implantação do PPA nestas maternidades e o ano de 2019, por ser o último ano com dados disponíveis pela Agência Nacional de Saúde. A caracterização com relação ao pertencimento dos hospitais à Operadoras de Planos de Saúde e as taxas globais de cesárea nas instituições nos anos de 2017 e 2019 foram sintetizadas no Quadro 1 e no Gráfico 1.

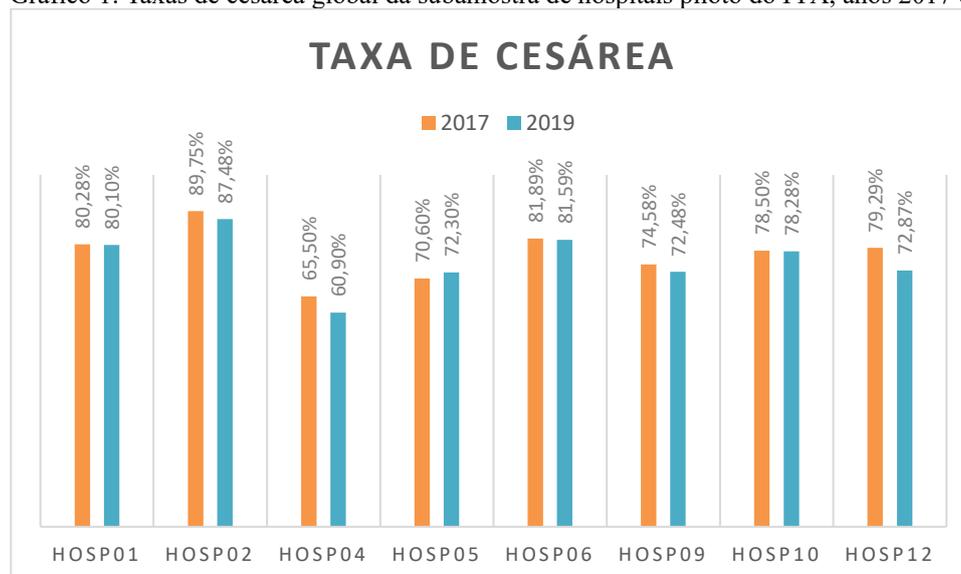
Quadro 1: Caracterização dos hospitais inseridos na análise desta tese de doutorado, por ser pertencente ou não à operadora de plano de saúde.

Código do Hospital na Pesquisa Nascer Saudável	Pertencente ou não à Operadora de Plano de Saúde
Hosp01	Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp02	Não Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp04	Não Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp05	Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp06	Não Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp09	Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp10	Não Pertence à Operadora de Plano de Saúde
Hosp12	Não Pertence à Operadora de Plano de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Para além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponibiliza o acompanhamento dos indicadores considerados pertinentes à obstetrícia e à segurança das mulheres e recém-nascidos. Utilizou-se como base para caracterização o ano de 2017, pois foi quando houve a coleta de dados do M1 – Implantação.

Gráfico 1: Taxas de cesárea global da subamostra de hospitais piloto do PPA, anos 2017 e 2019.



Fonte: site da ANS. Gráfico construído pela autora

Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibmU5MjktMGQyNS00MmY2LWUwNDQ0ZjQ5N2ZkYzQxYmMwIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

Acesso em: 09/03/2022.

7.5 SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

A técnica utilizada para selecionar os profissionais para inclusão no estudo qualitativo foi a *Snowball* (amostragem bola de neve), uma forma de amostra não probabilística que se concentra nas cadeias de referência, utilizada principalmente em estudos exploratórios. Como ponto principal têm-se os informantes-chave, designados como sementes, responsável por direcionar o pesquisador às pessoas com o perfil indispensável para a entrevista. Logo após, as pessoas indicadas direcionam a novos contatos com as características designadas pelo pesquisador, e assim sucessivamente. Este tipo de amostragem é útil quando o grupo pesquisado é difícil ser acessado, bem como para estudar assuntos delicados, de cunho reservado e, portanto, que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para direcionar a informantes para pesquisa (VINUTO, 2014).

Nesse sentido, adentrar a instituição que estava implantando o projeto e ter a oportunidade de entrevistar pessoas que eram favoráveis à implantação seria fácil, porém, entrevistar profissionais resistentes à implantação poderia ser mais complexo, por isso, tal técnica foi utilizada. O convite ou abordagem para a entrevista foi realizado pessoalmente pela equipe de pesquisa que esteve imersa nos hospitais estudados por cinco dias. Não houve desistência ou recusa para participar do estudo, após abordagem das pesquisadoras.

O processo das indicações das entrevistas iniciou com os gestores e líderes/coordenadores como informantes-chave ou sementes que indicaram os

líderes/coordenadores do projeto no hospital. Estes, por sua vez indicaram profissionais da assistência mais integrados e menos integrados ao PPA. Foram selecionados 34 profissionais ligados diretamente à gestão e coordenação dos hospitais, sendo 10 (dez) gestores e 24 líderes/coordenadores. Dos 10 gestores, 80% (n=08) eram do sexo masculino e 60% (n=06) eram médicos. Em relação aos líderes/coordenadores, a maioria era do sexo feminino 54,2% (n=13) e 58,3% (n=14) eram médicos (Tabela 1). Dentre o corpo clínico (médicos e enfermeiras), composto por profissionais que prestavam assistência direta às mulheres, foram incluídos n=49, sendo 21 médicos (26% mulheres e 18% homens) e 28 enfermeiras (todas mulheres) (Tabela 2). Esta análise totalizou 83 participantes.

Tabela 1: Caracterização da subamostra de hospitais participantes do PPA primeira fase, segundo a categoria de atuação (gestores e líderes/coordenadores) e sexo dos entrevistados

Cargo Profissional n=34									
Gestores	2	1	1	1	1	1	1	2	10 (29,4%)
Líderes/Coordenadores	3	3	2	3	4	3	3	3	24 (70,6%)
Cargo "Gestor" por sexo n=10									
Gestores - sexo feminino	0	1	0	0	0	0	0	1	02(20%)
Gestores - sexo masculino	2	0	1	1	1	1	1	1	08(80%)
Cargo "Líder/Coord." por sexo n=24									
Líderes/Coord. -sexo feminino	2	2	1	3	1	2	1	1	13 (54,2%)
Líderes/Coord. - sexo masculino	1	1	1	0	3	1	2	2	11 (45,8%)
Cargo "Gestor" por categoria profissional n=10									
Gestores médicos	1	0	1	1	1	1	1	0	06 (60%)
Gestores não médicos	1	1	0	0	0	0	0	2	04 (40%)
Cargo "Líder/Coord." por categoria profissional n=24									
Líderes/Coord. médicos	2	2	1	2	3	0	2	2	14 (58,3%)
Líderes/Coord. Não médicos	1	1	1	1	1	3	1	1	10 (41,7%)
Total de Entrevistados:34									

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 2: Caracterização da subamostra de hospitais participantes do PPA primeira fase, segundo o cargo profissional (médicos e enfermeiros) e sexo dos entrevistados.

Cargo Profissional e número de participantes (total =49)										n	%
Médicos	n	2	2	3	3	2	2	3	4	21	42.9
	%	28.6	40.0	50.0	50.0	40.0	28.6	50.0	57.1		
Enfermeiros*	n	5	3	3	3	3	5	3	3	28	57.1
	%	71.4	60.0	50.0	50.0	60.0	71.4	50.0	42.9		
Total		7	5	6	6	5	7	6	7	49	100.0
Categoria Profissional “Medicina” por sexo (total=21)										n	%
Feminino	n	2	2	1	1	1	2	2	2	13	61.9
	%	100.0	100.0	33.3	33.3	50.0	100.0	66.7	50.0		
Masculino	n	0	0	2	2	1	0	1	2	8	38.1
	%	0.0	0.0	66.7	66.7	50.0	0.0	33.3	50.0		
Categoria Profissional “Enfermagem” por sexo (total=28)										n	%
Feminino	n	5	3	3	3	3	5	3	3	28	100.0
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
Masculino	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

*uma entrevistada Técnica de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

7.6 CENÁRIO DA COLETA DE DADOS

O treinamento das entrevistadoras que realizaram a coleta de dados foi realizado de duas formas: de forma presencial para duas entrevistadoras e de forma remota para outras duas entrevistadoras. Nesses treinamentos houve a leitura do instrumento de coleta de dados, apresentação de técnicas para condução das entrevistas, das observações do campo e sobre a importância dos registros.

Com relação à caracterização das 04 (quatro) entrevistadoras que realizaram a coleta dos dados: todas eram mulheres, com formação acadêmica em Enfermagem Obstétrica, Obstetriz e História. As historiadoras eram pesquisadoras em saúde coletiva; a Enfermeira Obstétrica e a Obstetriz eram pesquisadoras em saúde das mulheres; e todas já tinham experiência prévia com coleta de dados para pesquisa. O interesse dessas entrevistadoras em adentrarem ao campo foi principalmente por todas já trabalharem com pesquisa ou na prática assistencial com a saúde das mulheres.

Antes da entrada ao campo para coleta de dados, foram realizados testes piloto dos roteiros em uma maternidade do estado do Rio de Janeiro/Brasil, a qual estava inserida no Projeto Parto Adequado, porém não estava inserida na amostra de hospitais da avaliação Nascer Saudável. Esses testes permitiram ajustes e validação dos roteiros de entrevistas.

A equipe de pesquisa estabeleceu um relacionamento antes do início do estudo a fim de acordar as datas as quais as entrevistadoras iriam ser inseridas no campo para coleta dos dados, além de toda liberação dos trâmites éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Esse contato prévio ocorreu somente com os gestores das instituições.

A imersão para coleta de dados na amostra de hospitais ocorreu durante um período de

cinco dias em cada hospital, de julho a outubro de 2017. As entrevistas foram orientadas por 02 (dois) roteiros do tipo semiestruturado. O roteiro direcionado aos gestores e líderes/coordenadores contemplou os eixos: processo de decisão; estratégias de implantação; participação da equipe assistencial; participação das mulheres; monitoramento; resultados da estratégia (Anexo A). Já o roteiro direcionado aos profissionais da assistência (médicos e enfermeiros) contemplou os seguintes eixos: Processo de decisão e participação; Estratégias; Prática Assistencial; e Resultados (Anexo B).

Para realização das entrevistas, que foram feitas nas próprias instituições hospitalares, manteve-se a privacidade em salas que pudessem ter as portas fechadas e ausente de outras pessoas, permanecendo na sala somente o entrevistador e o entrevistado. Não houve um período de tempo pré-estabelecido para duração da entrevista (média de quarenta minutos), o que variou conforme o engajamento no projeto e as características subjetivas de cada entrevistado. As entrevistas foram gravadas por áudio. Durante este processo, não houve necessidade de repetir entrevistas. As notas de campo foram realizadas ao final de cada campo hospitalar.

Posteriormente as entrevistas foram transcritas por uma profissional independente. Tais transcrições não foram devolvidas aos participantes para avaliação, comentários e correções. No entanto, para ordem de validação interna das transcrições, houve revisão pela equipe de pesquisa.

O termo ‘saturação’ dos dados qualitativos é incorporado para quando há repetições sobre o objeto estudado e pode então interromper a coleta de dados (GLASER; STRAUSS; STRUTZEL, 1968). Esse termo trouxe ambivalência aos pesquisadores, uns revelaram a sensação de praticidade e outros o questionaram (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). É válido ressaltar que a pesquisa qualitativa, diferente da quantitativa, não se fundamenta em quantos indivíduos devem ser ouvidos, mas na intensidade do fenômeno e abrangência a qual os atores estão ligados ao objeto pesquisado. Isso reforça a importância do refinamento diante da seleção dos entrevistados (MINAYO, 2017; ONWUEGBUZIE; LEECH, 2015). Diante disso, acredita-se que esta tese alcançou o que os dois polos de estudiosos retratam, pois revela o refinamento dos entrevistados selecionados para as entrevistas e ao mesmo tempo, utilizou-se do mínimo exigido por muitos autores, que é a contemplação de pelo menos, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa (CRESWELL, 1998; MORSE, 1994).

7.7 ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A inserção da doutoranda na pesquisa Nascer Saudável, aconteceu a partir da entrada no curso de doutorado em Saúde Pública na Fiocruz, em 2018, e, portanto, não participei do

percurso de coleta dos dados, frutos do recorte desta tese. Dessa forma, a imersão nas entrevistas aconteceu durante o processo de apropriação cuidadosa e atenta dos dados, respeitando o trabalho prévio gerido e vivenciado pelo grupo de pesquisa da Nascer Saudável.

O contato da doutoranda com os dados deste recorte, aconteceu durante a etapa inicial da análise dos dados qualitativos, o que poderia fragilizar a construção metodológica das análises, entretanto, foi interpretada pelo grupo de pesquisa como uma forma de validação, permitindo identificar a amplitude do conteúdo de análise.

A partir de então, trabalhou-se na construção do banco de dados no software MaxQda, o qual apresenta uma ampla possibilidade de análise qualitativa e mista de dados (VERBI SOFTWARE, 2019). A escolha deste software se deu pela experiência prévia da doutoranda em utilizá-lo, além disso, a mesma foi contemplada com uma licença gratuita, após realizar cursos específicos do software em uma Conferência Internacional do MaxQda, em Berlim/Alemanha. Toda a etapa analítica foi realizada pela doutoranda, ancorada pelo grupo de pesquisa.

Durante a etapa de construção do banco de dados as entrevistas foram inseridas, organizadas e criptografadas no software de acordo com o respectivo hospital, categoria profissional e numeração única. A criptografia utilizada foi identificada somente no dicionário da pesquisa, para maior segurança com relação ao anonimato dos entrevistados.

Logo após, houve a criação no software, de eixos e subeixos prévios de acordo com cada pergunta dos roteiros de entrevista dos gestores e líderes/coordenadores e dos profissionais (médicos e enfermeiros), os quais foram o enfoque desta análise, a fim de responder à pergunta de pesquisa e alcançar os objetivos desta tese.

A técnica de análise utilizada foi a Análise Temática de Conteúdo (FLICK, 2009), a fim de captar o sentido simbólico do conjunto das entrevistas. É utilizada para quando a comunicação por meio da mensagem de um texto escrito é analisada (FLICK, 2009).

Para Flick (2009), a codificação inclui três estágios: a codificação ampla, a codificação axial e a codificação seletiva. Foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas para codificação aberta dos trechos referentes à cada pergunta do roteiro. Foi então realizada a codificação aberta, gerando uma lista de segmentos amplos relacionados às perguntas dos roteiros. O objetivo da codificação aberta ou ampla é desenvolver ideias, explorar mais os dados e concentrar-se no material que parece ser significativo. Também ajuda a evitar a exclusão precoce. Essa etapa permite o adentrar aos dados. Logo depois, as codificações amplas foram refinadas por meio de resumos de cada segmento amplo gerando uma lista com os principais temas emergidos, etapa denominada codificação axial. A partir dessa lista de códigos temáticos, foi realizada a codificação seletiva com associação indutiva e criação das categorias analíticas

(FLICK, 2009)

Embora, o quantitativo de segmentos não seja o marco principal da Análise Temática de Conteúdo. Para esta tese, além de adentrar aos significados dos segmentos relacionados ao contexto, foi interessante quantificar os segmentos por hospital por poder revelar sobre a difusão do projeto dentre os entrevistados. No entanto, não revela sobre a intencionalidade dos eventos modificados nos serviços, por isso, coube análises profundas que sintetizaram os dados em grandes categorias analíticas, conforme expressado em cada artigo.

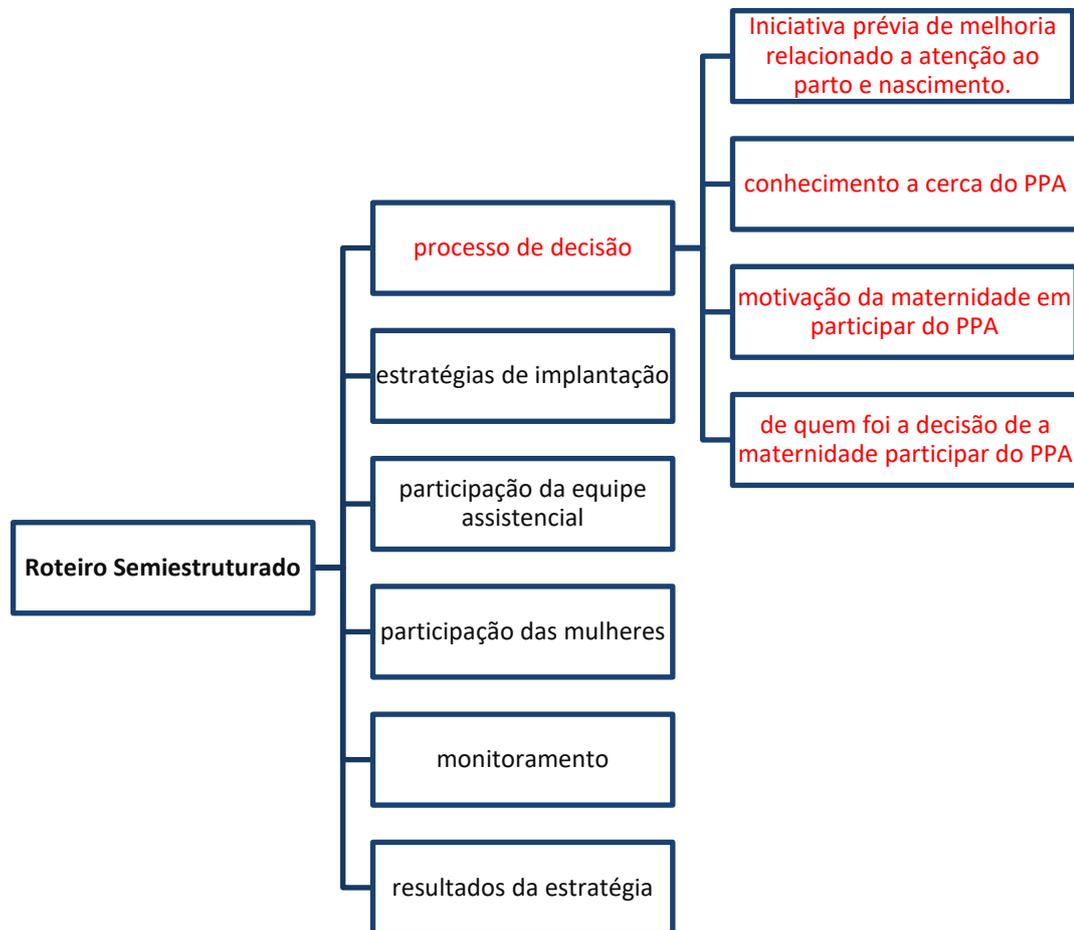
Para as citações dos participantes foi elaborado uma chave utilizando somente a categoria profissional, a fim de preservar o anonimato.

Para alcançar o objetivo geral deste estudo, foram realizadas diferentes estratégias metodológicas em formato de três artigos científicos. Os artigos estarão descritos na íntegra, versão português, no capítulo de resultados desta tese.

7.8 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO PRIMEIRO ARTIGO

Foi desenvolvido o artigo intitulado “Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil”. Os sujeitos analisados foram 10 gestores e 24 líderes/coordenadores das 08 maternidades inseridas na tese. Utilizou-se como técnica de análise a Análise Temática de Conteúdo, em que focou nos aspectos do roteiro de entrevista (Figura 22):

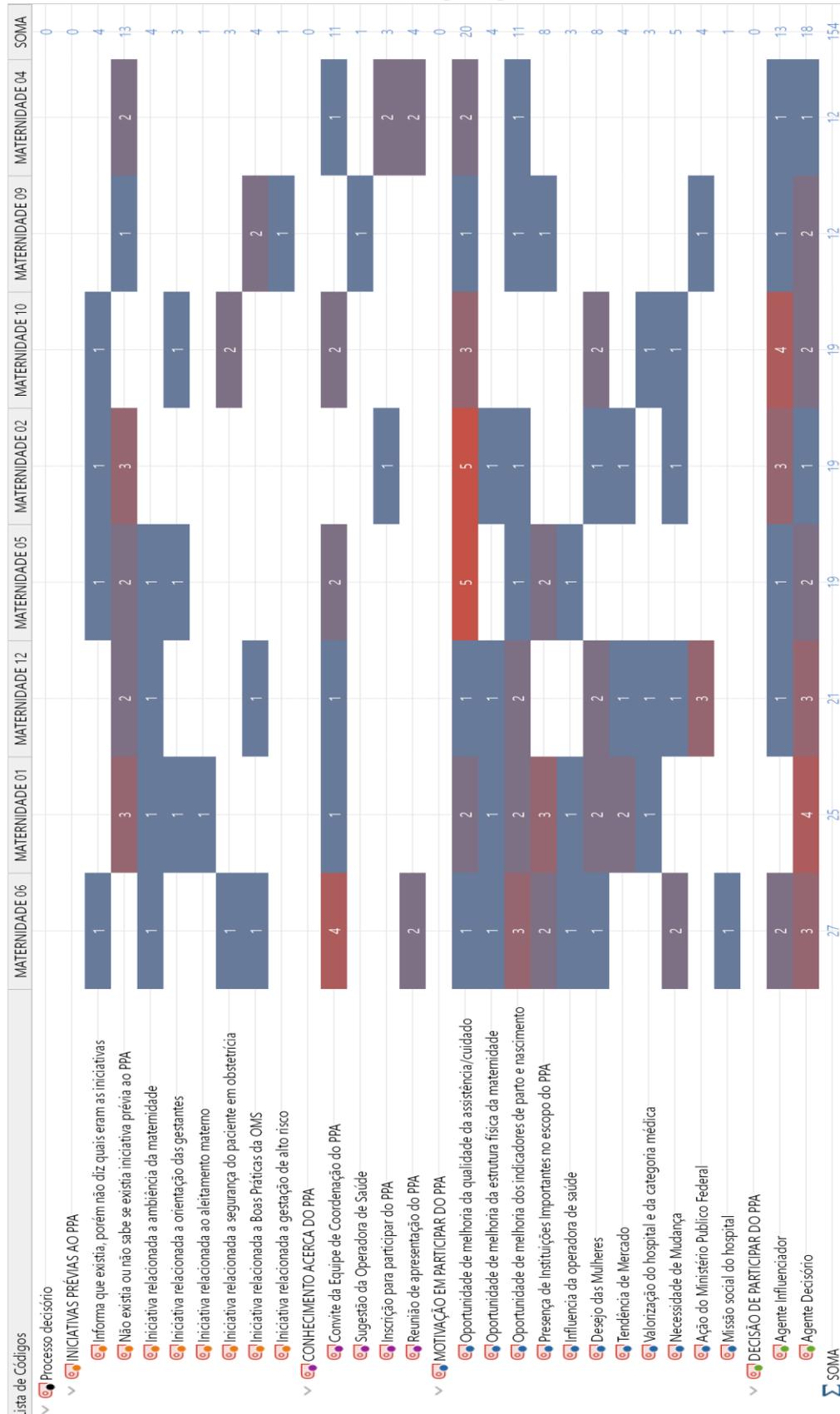
Figura 20: Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 1: Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.



Fonte: Fonte é de autoria própria, 2021.

A árvore de codificações desta análise contempla iniciativas realizadas antes do Projeto Parto Adequado; Conhecimento acerca do projeto para adesão; Motivação em Participar do projeto; e por fim Decisão de Participar do PPA. Tal árvore está expressa por quantitativo de segmentos codificados com o tema em específico. Ao final de cada linha tem-se a somatória dos segmentos referentes aos temas; e ao final de cada coluna tem-se o somatório dos segmentos referentes a cada maternidade. O que demonstra quais temas tiveram maior representatividade de conteúdo de forma geral e de forma específica. Além disso, as figuras representam um escalonamento de quais foram os hospitais que mais se expressaram com relação ao processo de adesão ao PPA (Figura 23).

Figura 21: Árvore de Codificações do Artigo 1: Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.



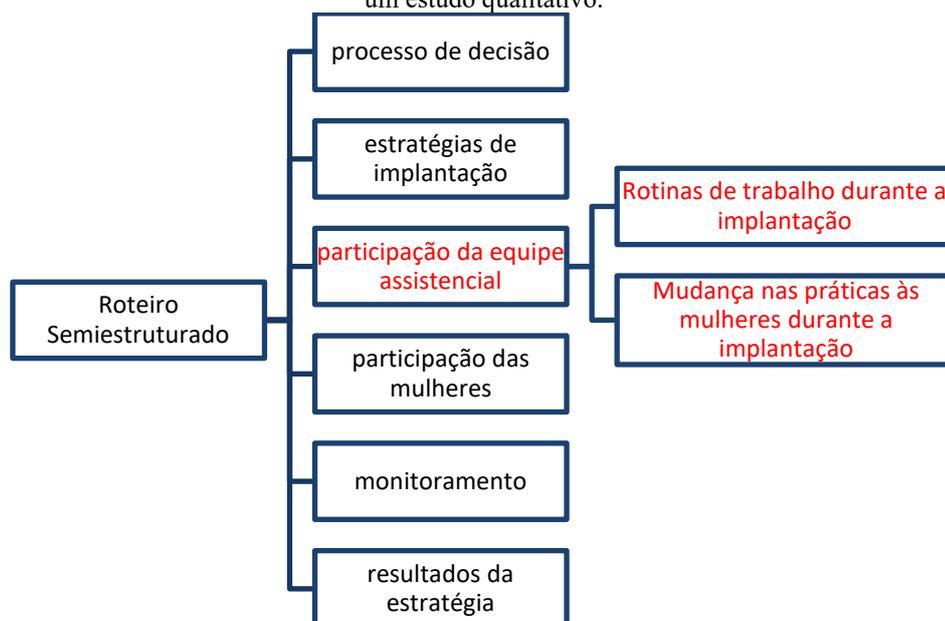
Fonte: Fonte de autoria própria, no software MaxQda, 2021

Ao final das análises, cruzou os estágios da Teoria Difusão de Inovação (ROGERS, 2003) com as categorias emergidas. Nas condições anteriores à inovação a categoria emergida foi “A ‘ação’ que gerou a inovação”; no estágio da teoria, intitulado conhecimento, a categoria emergida foi “O convite para a mudança”; no estágio denominado persuasão emergiram “A (in)aparência de intervenções prévias”. “A sedução da estrutura perfeita”, “a busca pela melhoria do cuidado”, e “o status social e de mercado que permeia o PPA”, como categorias; por fim, no último estágio nomeado pelo teórico como adesão, emergiu “a decisão de adesão ao PPA direcionados por agentes de mudança”. Este artigo foi publicado na revista internacional *Reproductive Health*.

7.9 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO SEGUNDO ARTIGO

Para alcançar o segundo objetivo específico da tese, foi desenvolvido o artigo intitulado: “*Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas durante a implantação do Programa Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo*”. Cujo objetivo foi analisar as mudanças nas práticas de atenção ao parto e nascimento na implantação do PPA. Para tanto, entrevistou médicos (n=21) e enfermeiros (n=28), em um total 49 entrevistados. Utilizou-se como técnica de análise a Análise Temática de Conteúdo, em que focou nos aspectos do roteiro de entrevista (Figura 24):

Figura 22: Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 2: Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas durante a implantação do Programa Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo.



Fonte: Autoria própria, 2021.

A árvore de codificações deste artigo (Figuras 25, 26 e 27) revelam sobre as práticas de

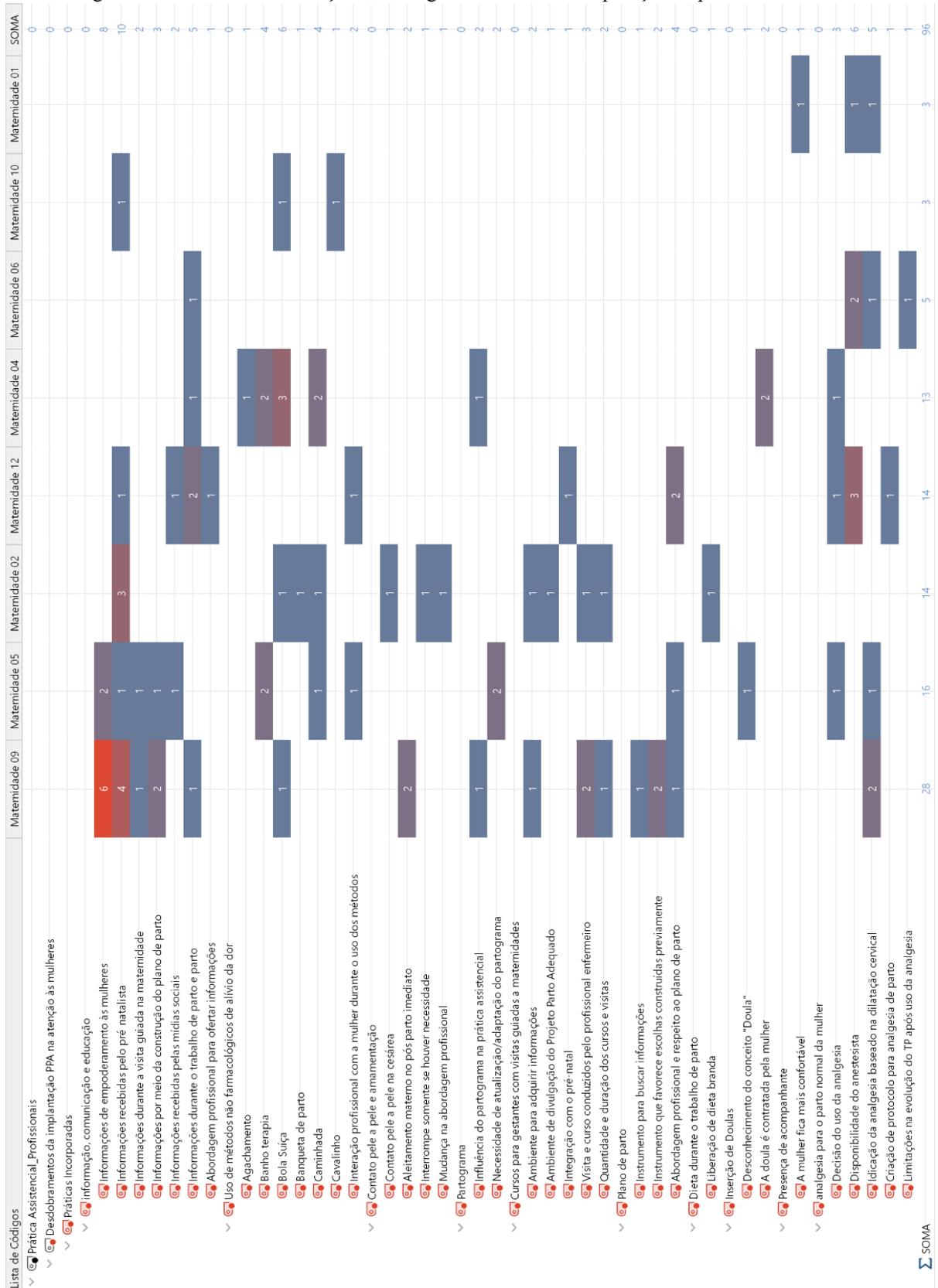
cuidado incorporadas, adequadas e rejeitadas no novo modelo de atenção ao parto e nascimento, proposto pelo PPA. Tal árvore está expressa por quantitativo de segmentos codificados com o tema em específico. Ao final de cada linha tem-se a somatória dos segmentos referentes aos temas; e ao final de cada coluna tem-se o somatório dos segmentos referentes a cada maternidade. O que demonstra quais temas tiveram maior representatividade de conteúdo de forma geral e de forma específica. Além disso, as figuras representam um escalonamento de quais foram as maternidades que mais se expressaram com relação às mudanças de prática para as que menos se expressaram.

As dimensões categóricas resultantes desta análise foram:

- 1) Incorporação de práticas de cuidado: entendidas como as práticas que foram incluídas a partir da implantação do PPA;
- 2) Adaptação das práticas de cuidado: entendidas como práticas já realizadas, mas que sofreram modificações com a implantação do PPA;
- 3) Rejeição da prática: entendidas como aquelas práticas que foram abandonadas ou questionadas se deveriam ou não ser realizadas pelos profissionais hospitalares.

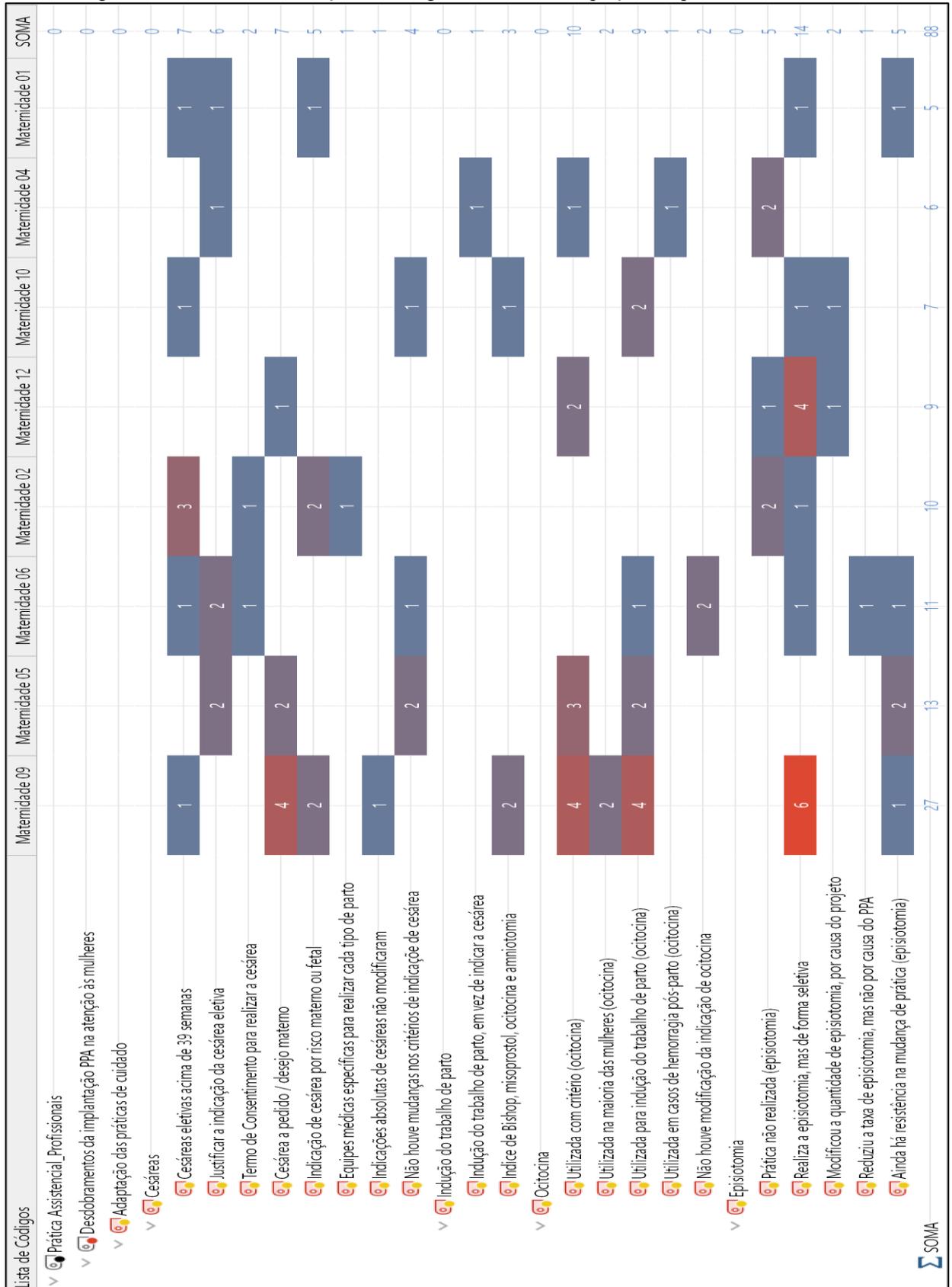
Este artigo foi submetido à revista *Reproductive Health* e está em fase de análise dos revisores.

Figura 24: Árvore de Codificações da categoria analítica “Incorporação de práticas de cuidado”



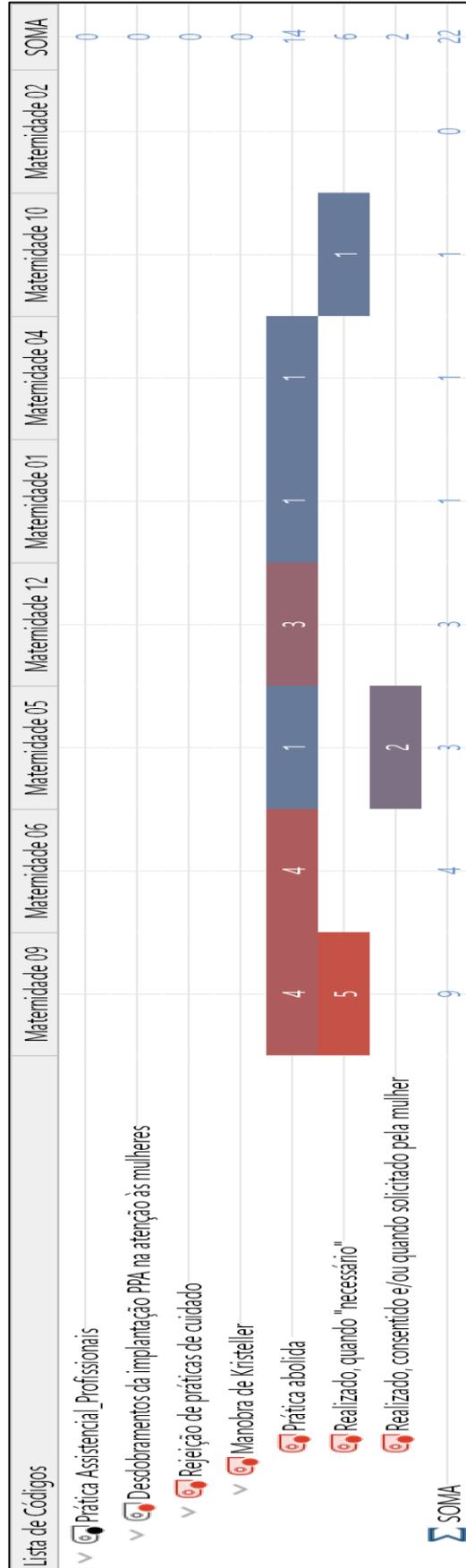
Fonte: Autoria própria, no software MaxQda, 2021.

Figura 23: Árvore de Codificações da categoria analítica “Adaptação das práticas de cuidado”.



Fonte: Autoria própria, no software MaxQda, 2021.

Figura 24: Árvore de Codificações da categoria analítica “Rejeição da prática”.

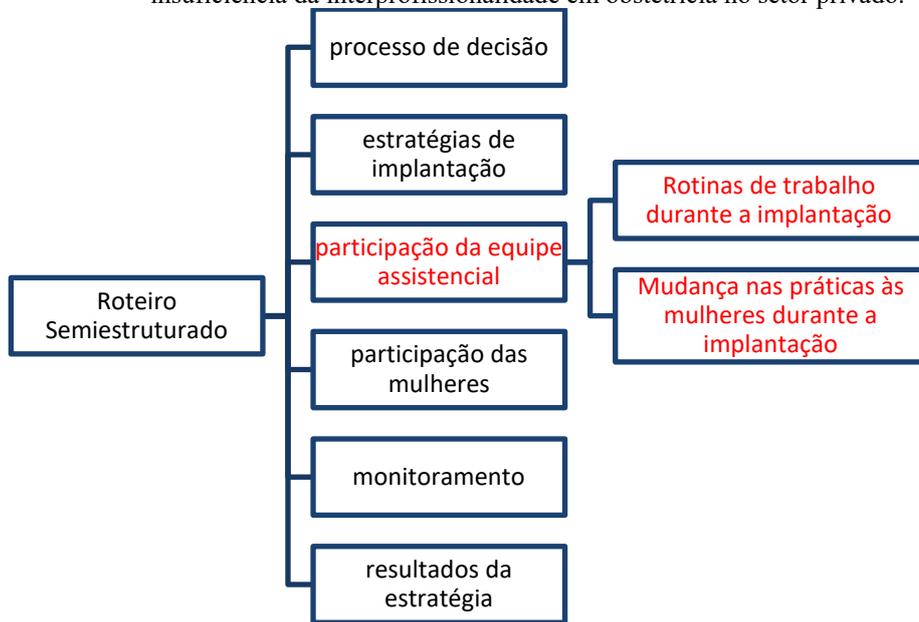


Fonte: Autoria própria, no software MaxQda, 2021.

7.10 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO TERCEIRO ARTIGO

Foi realizado o artigo intitulado “*O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado*”. Se apresentou com o objetivo de explorar as influências da implantação do Projeto Parto Adequado sobre as relações interprofissionais, em uma amostra de hospitais privados brasileiros. Para tanto, entrevistou médicos (n=21) e enfermeiros (n=28), em um total 49 entrevistados. Utilizou-se como técnica de análise a Análise Temática de Conteúdo, em que focou nos aspectos do roteiro de entrevista (Figura 28):

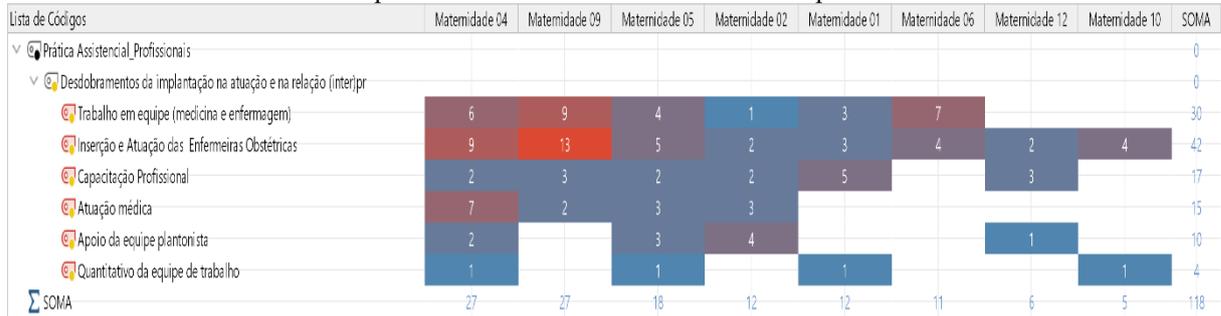
Figura 25: Aspectos focais do roteiro de entrevista para análise – Artigo 3: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.



Fonte: Autoria própria, 2021.

A árvore de codificações desta análise (Figura 29) revela sobre as relações interprofissionais no cruzamento da inserção e da atuação das diferentes profissões (medicina e enfermagem) envolvidas no processo de mudança do modelo de cuidado. Tal árvore está expressa por quantitativo de segmentos codificados com o tema em específico, por hospital. Ao final de cada linha tem-se a somatória dos segmentos referentes aos temas; e ao final de cada coluna tem-se o somatório dos segmentos referentes a cada hospital. O que demonstra quais temas tiveram maior representatividade de conteúdo de forma geral e de forma específica. Além disso, as figuras representam um escalonamento de quais foram as maternidades que mais se expressaram (em termo de quantitativo de segmento) com relação às mudanças de prática para as que menos se expressaram.

Figura 26: Árvore de Codificações - Artigo 3: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.



Fonte: Autoria própria, no software MaxQda, 2021.

Partindo da árvore de codificações, houve a criação das dimensões categóricas resultantes da análise: (1) Gatilhos para a mudança da cultura cesarista, em que demonstrou que os médicos plantonistas e os médicos recém-formados dos hospitais tiveram maior facilidade em adequar as mudanças propostas pelo PPA; que a instrumentalização dos profissionais para o monitoramento dos indicadores foi importante para nortear as mudanças de prática; e que a indução da gestão pode ser definidora para incentivar os médicos à mudança. (2) Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto, em que demonstrou que houve inserção da enfermagem obstétrica em todos os hospitais inseridos no estudo; houve mudanças no comportamento da enfermagem com relação a responsabilização do processo de parto e nascimento; porém, a influência do uso prático da interprofissionalidade no setor privado brasileiro está intrinsecamente ligado a uma “produção de saúde” seccionada, não integral e ainda com dificuldades em trabalhar de forma colaborativa. O artigo 3 está formatado para submissão na revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Todos os artigos realizados nesta tese (Quadro 3) estão disponíveis na íntegra no próximo capítulo intitulado “Coletânea dos Artigos”.

Quadro 1: Síntese dos resultados da tese em formato de artigos.

Processo decisório dos hospitais para adesão ao Projeto Parto Adequado.				
Título do Artigo 1: Processo de adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.				
Objetivo: Analisar o processo decisório de gestores e lideranças assistenciais para aderirem ao PPA.				
Roteiro de Coleta	Eixos do Roteiro	Questionamentos do Roteiro de Entrevista	Foco de Análise do Capítulo da Tese	Situação da Publicação
Gestores e Líderes	Processo de decisão	Conhecimento acerca do PPA	Adesão e difusão do Projeto Parto Adequado.	Publicado na revista <i>Reproductive Health</i>
		Motivação em participar do PPA		
		Iniciativas de mudança prévia ao PPA		
		Decisão de participar do PPA		
Mudanças na prática assistencial dos hospitais envolvidos no Projeto Parto Adequado				
Título do Artigo 2: Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas durante a implantação do Programa Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo.				
Objetivo: Analisar a incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas durante a implantação do PPA, identificadas pelos profissionais da assistência.				
Roteiro de Coleta	Eixos do Roteiro	Questionamentos do Roteiro de Entrevista	Foco de Análise do Capítulo da Tese	Situação da Publicação
Profissionais	Prática Assistencial	Mudança na rotina do trabalho pela participação no PPA	Práticas Obstétricas	Submetido à <i>Reproductive Health</i> em 2021
		Mudança no modo de assistir as mulheres pela participação no PPA		
Título do Artigo 3: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.				
Objetivo: Explorar as influências da implantação do Projeto Parto Adequado sobre as relações interprofissionais, em uma amostra de hospitais privados brasileiros.				
Roteiro de Coleta	Eixos do Roteiro	Questionamentos do Roteiro de Entrevista	Foco de Análise do Capítulo da Tese	Situação da Publicação
Profissionais	Prática Assistencial	Mudança na rotina do trabalho pela participação no PPA	Atuação profissional e relações interprofissionais	Formatado para submissão na revista da Escola de Enfermagem da USP
		Mudança no modo de assistir as mulheres pela participação no PPA		

7.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo, a fim de evitar quaisquer danos aos participantes, segue a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo CAAE: 1.761. 027 em 16 de janeiro de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Além disso, foi assinado um Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (TCUD) (Anexo C), para garantia que o banco de dados foi devidamente resguardado e que suas informações somente foram divulgadas de forma anônima.

Esta tese respeita o princípio da não-maleficência por respeitar a manutenção do anonimato do pesquisado em todas as etapas da pesquisa e privacidade no momento das entrevistas; cumpre o princípio da autonomia ou autodeterminação quando contempla a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F) para autorização das entrevistas, descrição no TCLE da possibilidade de desistência do pesquisado em qualquer momento da pesquisa e a participação voluntária, isenta de quaisquer formas de remuneração; obedece também, o princípio da beneficência quando apresenta o objetivo da pesquisa no TCLE; prevê cumprimento do princípio da justiça quando for realizar comparações entre as maternidades, cuidando para não as classificar por comportamentos que poderão diminuí-las ou ofendê-las, mesmo, utilizando códigos para identificá-las.

8. RESULTADOS

8.1 ARTIGO 1: PROCESSO DE ADESÃO AO PROJETO PARTO ADEQUADO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM HOSPITAIS PRIVADOS NO BRASIL.

O artigo **Processo de Adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil** encontra-se disponível na íntegra no APÊNDICE 2, conforme publicado na revista *Reproductive Health*.

Título em português: Processo de Adesão ao Projeto Parto Adequado para melhoria da assistência obstétrica em hospitais privados no Brasil.

Título em inglês: Process of adhesion of the Adequate Childbirth Program to improve obstetric care in private hospitals in Brazil.

Autores: Débora Cecília Chaves de Oliveira, Andreza Rodrigues, Lucia Regina de Azevedo Nicida, Maysa Ludovice Gomes, Jacqueline Alves Torres e Elyne Montenegro Engstrom.

Resumo: Introdução: Em 2015, um projeto de melhoria da qualidade denominado “Projeto Parto Adequado-PPA” foi implantado em hospitais privados brasileiros com o objetivo de reduzir as altas taxas desnecessárias de cesarianas. Este estudo teve como objetivo analisar o processo decisório de gestores e líderes assistenciais para adesão ao PPA. Método: O estudo Nacer Saudável é uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos mistos para avaliar a implantação e os efeitos do PPA em 12 hospitais participantes do projeto. Oito dos 12 hospitais foram selecionados para uma abordagem qualitativa. Entrevistou-se 10 gestores e 24 líderes assistenciais durante o período de julho a outubro de 2017. As entrevistas foram transcritas e os dados foram sistematizados por meio do software MaxQda, com Análise de Conteúdo Temática. Utilizamos as concepções da Difusão da Inovação como referência teórico-analítica. Resultados: Os principais motivos da adesão ao PPA foram a ausência de outros projetos de melhoria da qualidade nos serviços privados brasileiros com intervenções multifacetadas; *status* social e de mercado por participar do PPA; compromisso com a qualidade do cuidado; e a possibilidade de reformas estruturais relacionadas à implantação do projeto. Além disso, convidar agentes de influência dos hospitais a conhecerem quais eram os objetivos e as intenções do projeto antes da adesão, foi considerado uma estratégia importante para motivar os hospitais. Conclusão: Construções sociais, culturais e econômicas motivaram a adesão ao projeto. A estratégia de convite utilizada pela coordenação do PPA, por meio de membros socialmente respeitados no Brasil, como os profissionais médicos, foi muito valorizada pelas lideranças da equipe hospitalar e incentivou a adesão ao projeto.

Palavras-chave: Inovação em difusão; Inovação; Assistência médica; Melhoria da qualidade.

Abstract: Background: In 2015, a quality improvement project called “Projeto Parto Adequado-PPA” was implemented in Brazilian private hospitals to reduce unnecessary high rates of cesarean sections. This study aimed to analyze the decision-making process of managers and care leaders to adhere to the PPA. Methods: The Healthy Birth study is evaluative research that used mixed methods to evaluate the implementation and effects of the Adequate Childbirth Program in 12 hospitals that participated in the program. Eight out of 12 hospitals were selected for a qualitative approach. We interviewed ten managers and 24 care leaders from July to October 2017. The interviews were transcribed, and data was systematized using the MaxQda software, with Thematic Content Analysis, to identify the facilitators and barriers for adherence to the Adequate Childbirth Program. We used the conceptions of the Diffusion of Innovation as an analytical reference. Results: The main reasons to adhere to the Adequate Childbirth Program were the absence of other quality improvements programs in Brazilian private services using multifaceted interventions, social and market status for participating; commitment to quality of care; and the possibility of structural reforms related to the Adequate Childbirth Program implementation. In addition, inviting hospital influencers to learn about the objectives and intentions of the project before joining was considered an important strategy to motivate hospitals. Conclusion: Social, cultural, and economic constructs motivated adherence. The invitation strategy used by the Adequate Childbirth Program coordination, through socially respected members in Brazil, such as doctors, was highly valued by the leaders of the hospital team and encouraged adherence to the Program.

Keywords: Diffusion innovation; Innovation; Healthcare; Quality improvement.

8.2 ARTIGO 2: INCORPORAÇÃO, ADAPTAÇÃO E REJEIÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PARTO ADEQUADO EM HOSPITAIS PRIVADOS BRASILEIROS: UM ESTUDO QUALITATIVO.

O artigo Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas após a implantação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo encontra-se disponível na íntegra no APÊNDICE 3, conforme submetido na revista *Reproductive Health*.

Título em português: Incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas após a implantação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados brasileiros: um estudo qualitativo.

Título em inglês: Incorporation, adaptation and rejection of obstetric practices during the implementation of the “Adequate Childbirth Program” in Brazilian private hospitals: a qualitative study.

Autores: Débora Cecília Chaves de oliveira; Maysa Ludovice Gomes; Andreza Rodrigues; Thamires Soares; Lucia Regina de Azevedo Nicida; Jacqueline Alves Torres; Elyne Montenegro Engstrom.

Resumo: Introdução: O “Projeto Parto Adequado” (PPA) é um projeto de melhoria da qualidade que visa reduzir as altas taxas de cesáreas desnecessárias nos hospitais privados brasileiros. Objetivo: analisar as práticas de atenção ao parto e nascimento após a implantação do PPA. Método: O estudo Nascer Saudável é uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos mistos para analisar a implementação e os efeitos do PPA em 12 hospitais privados que participaram do projeto. Oito dos 12 hospitais foram selecionados para uma abordagem qualitativa, que será o foco de análise neste artigo. Em cada hospital, durante o período de 5 (cinco) dias, de julho a outubro de 2017, a equipe de pesquisa realizou entrevistas presenciais com médicos (n = 21) e enfermeiras (n = 28), por meio de roteiros semiestruturados, para avaliar a implantação das atividades do PPA voltadas à reorganização do modelo de atenção ao parto. As entrevistas foram transcritas e os dados submetidos à Análise Temática de Conteúdo, por meio do software MaxQda. Resultados: A análise dos aspectos “mudança na rotina de trabalho” e “mudança no cuidado à mulher” após o início do PPA produziu três categorias analíticas sobre o processo de mudança no modelo assistencial: (1) Incorporação das práticas de cuidado: entendidas como as práticas que foram incluídas desde a implantação do PPA; (2) Adaptação das práticas assistenciais: entendidas como práticas realizadas antes da implantação do PPA, mas que sofreram modificações com a implantação do projeto; (3) Rejeição de práticas de cuidado: entendidas como aquelas práticas que foram abandonadas ou questionadas se deveriam ou não ser realizadas por profissionais hospitalares. Conclusões: Houve uma reorganização dos modos de saber fazer e cuidar em obstetrícia após a implantação do PPA. Esse processo de mudança ocorreu por meio da incorporação de práticas consideradas inovadoras para as instituições, adaptação de práticas de cuidado já estabelecidas e rejeição de práticas abandonadas ou questionadas pelos profissionais.

Descritores: Obstetrícia; Modelos de Assistência à Saúde; Hospitais Privados; Melhoria da qualidade.

Abstract: Background: The “Adequate Childbirth Program” (PPA) is a quality improvement project that aims to reduce the high rates of unnecessary cesarean section in Brazilian private

hospitals. This study aimed to analyze labor and childbirth care practices after the first phase of PPA implementation. Method: This study uses a qualitative approach. Eight hospitals were selected. At each hospital, during the period of 5 (five) days, from July to October 2017, the research team conducted face to face interviews with doctors (n=21) and nurses (n=28), using semi-structured scripts. For the selection of professionals, the Snowball technique was used. The interviews were transcribed, and the data submitted to Thematic Content Analysis, using the MaxQda software. Results: The three analytical dimensions of the process of change in the care model: (1) Incorporation of care practices: understood as the practices that have been included since PPA implementation; (2) Adaptation of care practices: understood as practices carried out prior to PPA implementation, but which underwent modifications with the implementation of the project; (3) Rejection of care practices: understood as those practices that were abandoned or questioned whether or not they should be carried out by hospital professionals. Conclusions: After the PPA, changes were made in hospitals and in the way, women were treated. Birth planning, prenatal hospital visits led by experts (for expecting mothers and their families), diet during labor, pharmacological analgesia for vaginal delivery, skin-to-skin contact, and breastfeeding in the first hour of life are all included. To better monitor labor and vaginal birth and to reduce CS without a clinical justification, hospitals adjusted their present practices. Finally, the professionals rejected the Kristeller maneuver since research has demonstrated that using it's harmful.

Keywords: Health evaluation; Hospitals, Private; Healthcare Models; Quality improvement; Midwifery; Obstetrics.

8.3 ARTIGO 3: O TRABALHO DE PARTO SEM O PARTO: A INSUFICIÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE EM OBSTETRÍCIA NO SETOR PRIVADO.

O artigo O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado encontra-se disponível na íntegra no APÊNDICE 4, conforme formatado para revista de Enfermagem da USP.

Título em português: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetrícia no setor privado.

Título em inglês: The insufficiency of interprofessionality in obstetrics in the private sector.

Autores: Débora Cecília Chaves de oliveira; Jacqueline Alves Torres; Elyne Montenegro Engstrom.

Resumo: Introdução: O “Projeto Parto Adequado” (PPA) é um projeto de melhoria da qualidade

que visa reduzir as altas taxas de cesáreas desnecessárias nos hospitais privados brasileiros e desdobrou em estudos avaliativos em diferentes abordagens. Objetivo: explorar as influências da implantação do PPA sobre as relações interprofissionais, em uma amostra de hospitais privados brasileiros. Método: O estudo Nascer Saudável é uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos mistos para analisar a implementação e os efeitos do PPA em 12 hospitais privados que participaram do projeto. Oito dos 12 hospitais foram selecionados para uma abordagem qualitativa, foco deste artigo. Em cada hospital, de julho a outubro de 2017, realizou-se entrevistas presenciais com médicos (n = 21) e enfermeiras (n = 28), por meio de roteiros semiestruturados, para avaliar a implantação das atividades do PPA voltadas à reorganização do modelo de cuidado no parto e nascimento. Realizou-se sistematização das narrativas em categorias emergentes com análise temática de conteúdo. Resultados: A análise dos aspectos “mudança na rotina de trabalho e no cuidado à mulher” produziu duas dimensões analíticas das relações profissionais no trabalho: (1) *Gatilhos para a mudança da cultura cesarista*, em que demonstrou que os médicos plantonistas e os médicos recém-formados dos hospitais tiveram maior facilidade em adequar as mudanças propostas pelo PPA; que a instrumentalização dos profissionais para o monitoramento dos indicadores foi importante para nortear as mudanças de prática; e que a indução da gestão pode ser definidora para incentivar os médicos à mudança. (2) *Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto*, em que demonstrou que houve inserção da enfermagem obstétrica em todos os hospitais inseridos no estudo; houve mudanças no comportamento da enfermagem com relação à responsabilização do processo de parto e nascimento; porém, a influência do uso prático da interprofissionalidade no setor privado brasileiro está intrinsecamente ligado a uma “produção de saúde” seccionada, não integral e ainda com dificuldades em trabalhar de forma colaborativa. Conclusões: As relações interprofissionais na prática obstétrica ainda precisam estabelecer um único foco alvo, o cuidado baseado em evidências científicas para as mulheres e suas famílias durante o parto e nascimento.

Palavras-Chave: Educação Interprofissional; Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica; Setor privado; Parto.

Abstract: Background: The “Projeto Parto Adequado” (PPA) is a quality improvement project that aims to reduce unnecessary cesarean sections in Brazilian private hospitals and has been deployed in evaluative studies in different approaches. Objective: To explore the influences of the implementation of the PPA on interprofessional relationships in a sample of Brazilian private hospitals. Method: The Healthy Birth study is evaluative research that used mixed

methods to analyze the implementation and effects of the PPA in 12 private hospitals that participated in the project. Eight of the 12 hospitals were selected for a qualitative approach, the focus of this article. From July to October 2017, face-to-face interviews were carried out in each hospital with doctors (n = 21) and nurses (n = 28) using semi-structured scripts to assess the implementation of PPA activities aimed at reorganizing the model care during labor and birth. Narratives were systematized into emerging categories with thematic content analysis. Results: The analysis of the aspects of “change in the work routine and the care of women” produced two analytical dimensions of professional relationships at work: (1) Triggers for the change in the cesarean culture, which demonstrated that physicians on duty and newly -Hospital graduates found it easier to adapt the changes proposed by the PPA; that the instrumentalization of professionals to monitor the indicators was essential to guide changes in practice; and that management induction can be defined to encourage physicians to change. (2) Obstetric nursing in the private sector: work without childbirth, in which it demonstrated that obstetric nursing was included in all hospitals included in the study; there were changes in nursing behavior regarding co-responsibility for the labor and birth process; however, the influence of the practical use of interprofessional in the Brazilian private sector is intrinsically linked to a sectioned, non-integral “health production” that still has difficulties in working collaboratively. Conclusions: Interprofessional relationships in obstetric practice have yet to establish a single target focus, evidence-based care for women and their families during labor and birth.

Key Words: Interprofessional Education; Obstetrics; Nurse Midwives; Private sector; Parturition.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de cuidado predominante no setor de saúde suplementar brasileiro organiza-se de forma a preservar práticas centralizadas nas decisões de profissionais de saúde, principalmente na figura médica, em que este profissional realiza todo o cuidado, desde o pré-natal até o parto. Isso mesmo sabendo-se que este modelo de cuidado induz as mulheres, em sua maioria, à via de nascimento cesariana, sem indicações clínicas. Para além da via de parto ser, de forma prevalente, a cesariana (cerca de 85% no setor), há altas proporções em modalidade eletiva, sem que o trabalho de parto esteja instaurado, e muitas vezes com idade gestacional termo precoce (idade gestacional entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias). Há também pouco estímulo para o parto normal; o uso insipiente de práticas baseadas em evidências (boas práticas clínicas), conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde; baixo estímulo ao uso de métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto; pouca centralidade do cuidado nos desejos e expectativas maternas; além de insuficiente inserção de outros profissionais na cena do parto e nascimento para além do médico, como enfermeiras obstétrica, fisioterapeutas, doulas etc. As altas e indesejáveis taxas de cesárea no setor privado brasileiro são resultados de um modelo construído culturalmente, socialmente e economicamente no país.

Nesse contexto, origina-se então, o Projeto Parto Adequado (PPA), como uma resposta à Ação Civil Pública provocada pelo movimento social de mulheres no Brasil, as quais realizaram uma denúncia ao Ministério Público. Tal projeto tem como objetivo melhorar a qualidade do cuidado obstétrico e neonatal no serviço suplementar, por meio de apoio institucional, científico e metodológico à hospitais que desejam se reorganizar em relação à atenção ao pré-natal, parto e puerpério. A intenção do PPA é fomentar a redução de cesarianas sem indicação clínica e os possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado.

O Projeto Parto Adequado é uma intervenção conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, implantado em hospitais privados e públicos, na forma de projeto-piloto, em sua primeira fase, 2015-2016 e se mantêm, na atualidade (2022), em sua 3ª fase. Estruturou-se por meio de quatro componentes teóricos para promoção de atividades que fomentam a mudança do modelo de cuidado: (1) Governança; (2) Mulheres e famílias; (3) Reorganização da assistência; (4) Monitoramento. O projeto propôs mudanças por meio do modelo de melhoria IHI, ajustando as necessidades ao contexto de cada hospital conforme a implantação ocorre.

Nesse sentido, um estudo para avaliar o Projeto Parto Adequado, em sua primeira fase, fez-se indispensável e foi intitulado Nacer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais privados no Brasil, concebido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Esta tese de doutorado, integrada à esta avaliação maior, partiu do pressuposto de que o Projeto Parto Adequado, em sua primeira fase, contribuiu para dar início à mudança do modelo de cuidado obstétrico no setor suplementar. Apresentou como objetivo geral, analisar os aspectos contextuais relacionados à adesão e a reorganização do cuidado na implantação do PPA; e objetivos específicos: analisar o processo decisório de gestores e lideranças assistenciais para aderirem ao PPA; analisar a incorporação, adaptação e rejeição das práticas obstétricas na implantação do PPA, identificadas pelos profissionais da assistência; e por fim, explorar as influências da implantação do PPA sobre as relações interprofissionais. Os resultados dessa tese, sistematizados em três artigos científicos, ao se integrarem futuramente às demais publicações produzidas pelos pesquisadores do Projeto Nacer Saudável, permitem uma visão mais ampliada da intervenção, e fortalecem a avaliação em suas distintas dimensões e complementariedade de abordagens - quantitativa e qualitativa.

Considerou-se que a intervenção PPA tem alto poder de inovação, por fomentar um novo modelo de cuidado nas instituições e propor estratégias para diminuir as altas taxas de cesárea. Para tal, utilizou-se como lente de análise, o referencial teórico intitulado Difusão de Inovações, descrito por Everett M. Rogers, para procurar-se compreender como ocorreram os estágios de conhecimento, persuasão, decisão e implantação do projeto nas perspectivas dos gestores, líderes e profissionais (objeto de dois artigos). Para ampliar a interpretação dos achados, no terceiro artigo, utilizou-se como base teórica, o conceito de interprofissionalidade, de modo a explorar as relações dos profissionais envolvidos na implantação do projeto.

A pesquisa analítica exploratória, com abordagem qualitativa, foi o caminho metodológico escolhido, considerando os objetivos propostos na tese, a saber, analisar de que maneira, no contexto das relações e da micropolítica, houve o processo de adesão e implantação do PPA, sua influência nas práticas obstétricas e nas relações interprofissionais, de modo a promover mudanças no modelo de cuidado obstétrico.

A análise das argumentações dos gestores e líderes ouvidos nesta tese, permite o mapeamento de duas perspectivas, sendo uma centrada na mudança do modo de cuidar às mulheres e famílias; e outra no status social e de mercado que o hospital poderia se beneficiar ao aderir

ao PPA, em decorrência de práticas inovadoras voltadas ao parto e nascimento. A lógica do capital no setor suplementar de saúde brasileiro constrói um imaginário de oferta de uma “boa saúde” proporcionado pelo fácil acesso às tecnologias, à medicalização e à hotelaria como constructos sociais de um “bem-estar”, que não necessariamente se integram às melhores evidências científicas e à humanização do cuidado.

Em uma sociedade que valoriza a cessação da dor por meio da medicalização, alguns questionamentos e atitudes profissionais sobre quais ações, para além das prescrições farmacológicas, poderiam ajudar no alívio da dor ainda encontram resistências por parte daqueles quem cuidam e talvez, pelas mulheres durante o trabalho de parto. Fomentar o controle emocional, os métodos de alívio não farmacológicos, o apoio, e a humanização no processo parturitivo faz parte de um novo constructo; contudo, estes recursos ainda são pouco valorizados.

Longe disso, há uma supervalorização de procedimentos, à exemplo as cirurgias cesarianas e episiotomias. Nesse sentido, caímos no resumo do ato profissional meramente à instauração de procedimentos, distanciados dos sujeitos, por uma praxe que tende ao domínio sobre os corpos femininos. Esse domínio é experienciado e desempenhado não somente pela categoria médica, mas também pelas outras categorias profissionais construídas e formadas a partir de um modelo biomédico, como é o caso da enfermagem.

Nesse sentido, o profissional acaba por ocupar um local determinante de saber superior, destituindo a autonomia e a corresponsabilidade das mulheres no cenário do parto e nascimento. Dessa forma, o constructo social iatrogênico com a objetificação, ao longo dos anos, sobre o parto e nascimento como enfermidade, produziu efeitos deletérios à saúde das mulheres e seus bebês, atualmente bem conhecidos e criticados. O que pôde ter permitido que o movimento de mulheres ajuizasse contra a ANS a ação, que produziu o PPA.

Essa potência da sociedade civil organizada, da mídia e da judicialização para a promoção da proteção social é uma dimensão importante para implantação de políticas de saúde. Inclusive, para fomentar o papel do Estado na regulação do mercado e sua responsabilização para manutenção das boas práticas e das evidências científicas.

Analisando nesta tese, o micro contexto da obstetrícia no setor privado, há de se pensar também nas influências do macro contexto (político, econômico, cultural etc.), o qual imputa fortemente seu poder sob a atuação dos gestores, líderes e profissionais de saúde. Nesse sentido, a atuação da ANS como agente regulatório de uma engenharia orquestrada para além das práticas de saúde, e que também atende a uma condição/intenção política empreendedora que afeta diretamente a garantia de direitos reprodutivos às mulheres no Brasil, nos permite pensar que,

arranjos institucionais podem encobrir uma proposta como a do Projeto Parto Adequado. O assentimento da Agência diante da insuficiência na regulação das operadoras de planos de saúde, dos hospitais e dos indicadores que compõem as más práticas de saúde em obstetrícia, permite que o mercado dispute sobre questões de direito, utilizando-se do capital intelectual e braçal de profissionais para operar a engrenagem monetária da saúde suplementar.

Como conclusão dos resultados emergidos nesta tese, evidenciou-se que, os gestores e líderes expuseram o desejo em aderir ao PPA pela ausência de outros projetos de melhoria da qualidade nos serviços privados brasileiros com intervenções multifacetadas; status social e de mercado; pelo “compromisso” com a qualidade do cuidado; e a possibilidade de reformas estruturais. Acredita-se que a decisão de aderir tenha sido direcionada por agentes de mudanças dos próprios hospitais para influenciar seus gestores, materializou de forma consciente a responsabilidade da adesão ao projeto. Principalmente porque, modificar uma cultura interna de trabalho, não é algo fácil. Tais mudanças deveriam levar em consideração tanto a percepção da gestão, das lideranças, dos médicos e dos profissionais não médicos, diante do parto e nascimento, quanto a experiência das mulheres sobre seu próprio ato de parir e (re)nascido, em um processo de decisão compartilhada.

Porém, algumas categorias analíticas evidenciadas no primeiro artigo, demonstraram, o quão perverso é a cultura material do cuidado, por ser percebida pela ótica de mercadoria (de mercado), com pouco sentido diante da melhora do cuidado para a experiência da usuária. A exemplo das categorias emergidas na análise: “A sedução da estrutura perfeita” e “Status social e de mercado que permeiam o PPA”. Foi narrativa presente, entre os gestores, que as mudanças na estrutura física promoveriam a humanização do cuidado, sendo pouco considerado naquele momento inicial de adesão ao projeto, a efetividade clínica, a segurança do paciente e a eficiência no cuidado como pontos principais para a promoção da humanização. Outro ponto é a necessidade dos hospitais em ocupar locais considerados importantes pelo constructo social, seja das mulheres, famílias e movimentos sociais ou de profissionais, academia científica e organizações imponentes na obstetrícia, para atingirem o status do ideário de compra e venda e se sustentarem nas relações de poder.

Ao estudar a implantação deste projeto nas maternidades (segundo artigo da tese), percebe-se que para além de somente inserir as práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, houve um processo de transformação do cenário de forma gradual. Das práticas que foram incorporadas no cuidado, entendidas como as práticas incluídas desde a implantação do PPA, foram o fornecimento de: informação, comunicação e educação; plano de parto; cursos

para gestantes com visitas guiadas as maternidades; dieta durante o parto; contato pele a pele e amamentação; e analgesia para o parto normal da mulher. Já as práticas que foram adaptadas, entendidas como práticas realizadas antes da implantação do PPA, mas que sofreram modificações com a implantação do projeto, foram: uso do partograma; indicações das cesarianas; indução do trabalho de parto; uso rotineiro da ocitocina sintética; episiotomia. A prática rejeitada, entendidas como aquelas práticas que foram abandonadas ou questionadas se deveriam ou não ser realizadas por profissionais hospitalares foi a manobra de *Kristeller*.

Comparando esse cenário de transformação da forma de cuidar com o mesmo cenário do setor público brasileiro, a maioria destas práticas já eram pautas de discussão, inserção, transformação e rejeição desde a década de 90 e posteriormente com investimentos importantes para melhoria do cuidado na Rede Cegonha. Dessa forma, refletir sobre o gap temporal diante da intencionalidade em aderir, implantar e sustentar uma mudança de modelo em obstetrícia pela ANS e pelas instituições que estão sob sua regulação (operadoras de planos de saúde, hospitais etc.), pode ser um importante revelador sobre o que e quem dita a mudança nas praxes dos profissionais nestes ambientes. Retomou-se a discussão sobre a cultura material do cuidado, quando nos resultados, houve a capitalização dos cursos de gestante, por exemplo. Algo que tem o apreço das mulheres e suas famílias, pode ser visto como mais um caminho lucrativo.

Como complementariedade ao entendimento das mudanças realizadas pelo PPA, nas práticas obstétricas, houve a curiosidade de saber como se deu as relações profissionais durante o processo de mudança. Dessa forma, o terceiro artigo trouxe foco nas relações interprofissionais durante o processo de implantação do projeto. As categorias construídas no processo de análise foram intituladas “Gatilhos para mudança da cultura cesarista” e a “Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto”.

Como resultados destas categorias, houve iniciativas para mudar a cultura da cesárea, no entanto, houve confronto com o modelo biomédico ainda instituído nestes espaços, com necessidade de se trabalhar a interprofissionalidade para avanços significativos dos indicadores e consequentemente diminuição das taxas de cesáreas, clinicamente injustificadas. A intenção de ter enfermeiras obstétricas inseridas no setor privado, sem dúvidas, é um marco histórico para a categoria e para o cuidado às mulheres, pois qualifica-o. Porém, a assistência ao parto de risco habitual, acompanhada pela enfermagem obstétrica, mas que, no momento do expulsivo do parto a enfermeira “se retira” ou “é retirada” de cena para que o médico obstetra adentre com o seu saber, poder e solução, sem haver relação de colaboração profissional com a intenção

de protagonizar a mulher e sua família, fortalece a percepção que ainda temos um cuidado centrado no modelo biomédico.

Os aspectos contextuais de cada hospital, a organização do sistema de saúde e o estímulo à gestão influenciam sobre o processo de mudança com a implantação do PPA. Portanto, a sustentabilidade dessa mudança transita em uma modificação de cultura a longo prazo, capacitação profissional, monitoramento e avaliação contínua da prática clínica, além da influência da ANS e da gestão hospitalar diante da inovação.

Diante do exposto, percebendo que as mudanças na prática perpassam intenções tanto do contexto hospitalar direto, quanto do contexto externo ao hospital, uma proposição para cenários futuros de mudanças no cuidado obstétrico no setor suplementar, seria alterar a forma de pagamento pela prestação de serviço, em que o pagamento médico ou da equipe contratada seja por desfecho. Ou seja, os profissionais recebem melhor se os desfechos forem melhores. Nesse contexto, poderá haver uma maior preocupação com a prevenção, com a educação em saúde, e poderá haver uma melhora no trabalho colaborativo e nas relações interprofissionais. Retira-se então, o foco determinante do profissional, com relação ao desfecho, e eleva o protagonismo das mulheres.

Pensando que o Projeto Parto Adequado é um constructo advindo como tentativa de solucionar às ações de caráter coletivo, pelo movimento de mulheres, devido às altas taxas de cesárea no setor privado brasileiro. As contribuições deste estudo para demonstrar como e quais foram as mudanças que realmente aconteceram durante a implantação do PPA, permitem perceber a força que um ato coletivo por meio de organizações de advocacy tem para modificar um problema de saúde pública. Entendemos por meio desta tese, a importância da mobilização dos processos criados pelo projeto para que a implantação ocorresse nos hospitais e ao trazer a teoria de Difusão de Inovações, como lente analítica, entendemos como o processo de persuasão para a adesão de políticas públicas futuras pode acontecer. Além disso, a análise do projeto permitiu perceber o quanto os profissionais inseridos nestes projetos/programas/políticas devem estar preparados para as influências do sistema macro (Agências reguladoras, economia, política, mídias, cultura etc.) e conseguirem identificar atores chave para fortalecer o processo de modificação, a fim de que o problema se torne pauta de discussão e conseqüente foco de atenção. Outro fator contribuinte desta tese, perpassa o conhecimento, educação e a utilização de boas evidências científicas para os atores envolvidos entenderem sobre os desejos e objetivos das mudanças. Além disso, observou-se que em projetos parecidos, os meios de comunicação

são importantes para o alinhamento de todos inseridos no projeto de mudança; pois fomenta alianças que vão ao encontro das intenções do projeto/programa/política.

Este trabalho também invocou à reflexão sobre qual o lugar em que as categorias profissionais, médica e de enfermagem, podem ocupar para contribuir para a mudança do modelo de cuidado obstétrico no setor privado; como as categorias profissionais se articularam para oferecer cuidado e o que precisa avançar; por fim, reflete ainda, sobre quais as intencionalidades para utilização do capital intelectual dos profissionais.

As limitações deste estudo são inerentes à necessidade de recorte metodológico, no qual se aprofunda na perspectiva dos gestores, líderes/coordenadores e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Portanto, estudos futuros que reflitam a implantação do PPA a partir de outras perspectivas, como da ANS, dos gestores das OPS e das mulheres, são necessários. Algumas dessas perspectivas já estão sendo analisadas pela equipe da pesquisa e o desafio a partir de então, será integrar os resultados desta tese de doutorado aos achados quantitativos da pesquisa Nascido Saudável.

Com relação à continuidade das fases do Projeto Parto Adequado, mesmo não sendo foco de análise desta tese, houve avanços com a inserção de novos hospitais e OPS. Em 2017, com a segunda fase, houve inserção de três vezes mais hospitais participantes. Em 2019, o projeto tornou-se Movimento Parto Adequado e lançou sua fase 3, com divulgação do painel de indicadores da Atenção Materna e Neonatal em que os hospitais deveriam fazer o acompanhamento. Em 2020, o Movimento Parto Adequado, se dedicou a realizar seminários virtuais sobre a COVID19 e gestação, devido a pandemia instalada em tal período. Em 2021, houve Consulta Pública sobre a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado e houve também, pela ANS e pelo Parto Adequado, adesão à Aliança para um Parto Seguro e Respeitoso.

Todos esses movimentos no sistema macro, relacionados a adoção de políticas de saúde, reforçam sobre a importância da sustentabilidade do Movimento Parto Adequado em seu sistema micro, com cada vez mais ampliação da participação de atores chave e consequente reflexão sobre as mudanças da prática obstétrica, ampliação do trabalho colaborativo e interprofissional, além da garantia de segurança e respeito ao ato de parir e nascer das mulheres e seus bebês.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 905-916, 2016.

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, 2017.

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 279-290, 2009.
ANDRADE, Mônica Viegas et al. Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil. **Rio de Janeiro: ANS**, p. 14, 2015.

ASENSI CORREIO, Felipe Dutra; PINHEIRO, Italo Jorge Bezzera; MONNERAT, Diego Machado. Regulação em saúde: análise do impacto da atuação da ANS nas operadoras de planos de saúde. 2021.

BAHIA, Ligia et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde pública**, v. 32, p. e00184516, 2016.

BARROS, Aluísio JD et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de saude publica**, v. 45, p. 635-643, 2011.

BETRÁN, Ana Pilar et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016.

BISPO, J. P.; MESSIAS, KLM de. Sistemas de serviços de saúde: princA tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev Saúde Com**, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005.

BÖHM, Katharina et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. **Health policy**, v. 113, n. 3, p. 258-269, 2013

BOREM, Paulo et al. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 446-454, 2015.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/2/1940, Página 3125 (Publicação Original). Coleção de Leis do Brasil - 1940, Página 98 Vol. 1 (Publicação Original).

BRASIL. Decreto nº 69.514, de 9 de novembro de 1971. Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 11/11/1971, Página 9105 (Publicação Original) Coleção de Leis do Brasil - 1971, Página 168 Vol. 8 (Publicação Original).

BRASIL. Constituição 1988. Artigo 199 da Constituição Federal de 1988. Dispõe sobre a

assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Diário Oficial da União - Seção 1 - 5/10/1988, Página 1 (Publicação Original).

BRASIL. Lei 8080. Brasília, 19 de setembro de 1990, 169º da Independência e 102º da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei Nº 9.656. Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL. Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm Acesso em: 02 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa-RN nº81 de 02 de setembro de 2004. Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrico praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde. 2004b.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm> Acesso em: 02 de março de 2022.

BRASIL. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 (BR). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF): 27 dez 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em: 02 de março de 2022.

BRASIL. Ação cível pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100. 24ª Vara Cível Federal de São Paulo. Apelante: Rede Parto do Princípio Apelada: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Procuradores da República Luciana da Costa e Luiz Costa. São Paulo, 17 de agosto de 2010.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, p. 109-111, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de

saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa N° 398 de 2016. Dispõe que operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes, devem contratar e possibilitar a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrizas no acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto. 2016^a

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Estímulo ao Parto Normal Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento. 2016b. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, *Institute for Healthcare Improvement*. – Rio de Janeiro: ANS, 2016c Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_to_tal_parto_adequado.pdf Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Participantes do PPA. Publicado em 11 de fevereiro de 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/parto-adequado-1/projeto_parto_adequado_fase_2_hospitais_participantes.pdf. Acesso em: 02 de março de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta Pública N° 79 de 1° de setembro de 2020. 2020a. Dispõe sobre a Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado). Diário Oficial da União.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Retomada do Ciclo Intensivo da Fase 2: Movimento Parto Adequado. Publicado em 15 de maio de 2020. 2020b Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adequado/ciclointensivofase2_parto_adequado_15052020.pdf . Acesso em: 02 de março de 2022.

BRASIL. PORTARIA GM/MS N° 2.228, DE 1° DE JULHO DE 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Diário Oficial da União.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 02 de março de 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). **Os planos individuais irão desaparecer e os coletivos dominarão o mercado.** Disponível em: <https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-coletivos> Acesso em 02 de janeiro de 2022.

BRILINGER, CAROLINE ORLANDI. Sistemas de Saúde. Disponível em: http://www.joinville.ifsc.edu.br/~caroline.brilinger/M%C3%B3dulo%201_AMS_Ambientes%20de%20Sa%C3%BAde/Aula%204_Sistemas%20de%20Sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 07 de fev. de 2023.

BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. 2011. p. 291-291.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.

CARLOTTO, Kharen; MARMITT, Luana Patrícia; CESAR, Juraci Almeida. On-demand cesarean section: assessing trends and socioeconomic disparities. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. **US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation, Atlanta**, 2011.

CHAMPAGNE, François et al. A análise de implantação. **Avaliação: conceitos e métodos**, v. 1, p. 217-238, 2011.

CHANG, Angela Y. et al. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. **The Lancet**, v. 393, n. 10187, p. 2233-2260, 2019.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.

CONNER, Ross F.; FITZPATRICK, Jody L.; ROG, Debra J. A first step forward: Context assessment. **New Directions for Evaluation**, v. 2012, n. 135, p. 89-105, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos e Art. 2º - para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário. **Diário Oficial da União**, 2016.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. Determinants of women's preference for cesarean section. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 336-343, 2015.

COSTA, Nilson do Rosário. O regime regulatório eo mercado de planos de saúde no

Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; DOS SANTOS, Rosemeire. Política de saúde no Brasil Pós Constituição Federal de 1988: reflexões sobre a trajetória do SUS. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 112-126, 2019.

CRESSWELL, John W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. 1998.

DA SILVA NUNES, Aryelly Dayane et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

DAMACENO, Nara Siqueira; MARCIANO, Rafaela Paula; ORSINI, Mara Rúbia de Camargo Alves. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, p. 8-20, 2005.

DE MAGALHÃES, Manuela Mesquita et al. Os determinantes da realização de cesárias no Brasil. **Inspere [revista da Internet]** n. v. 41, 2019.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. *Violência obstétrica “parirás com dor”*. 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, p. 47-55, 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, p. 41-46, 2004.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 213-214, 2014.

ESTÉS, Clarissa Pinkola. *Mulheres que correm com os lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem* (W. Barcellos, Trad.). **Rocco. (Obra original publicada em 1989)**, p.

117, 2018.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 150-173, 1991.

FLICK, U. An introduction to qualitative fourth edition. 2009.

FLODGRÉN, Gerd et al. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 7, 2011.

FLODGRÉN, Gerd et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2019.

FONSECA, Inara; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli; RIL, Stephany Yolanda. Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 11, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FURTADO, Juarez Pereira; GASPARINI, Max Felipe Vianna. Há diferenças entre avaliar e analisar?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2933-2938, 2019.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1891-1902, 2018.

GIBBONS, Luz et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. **World health report**, v. 30, n. 1, p. 1-31, 2010.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L.; STRUTZEL, Elizabeth. The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. **Nursing research**, v. 17, n. 4, p. 364, 1968.

GLASSMAN, Amanda; GIEDION, Ursula; SMITH, Peter C. (Ed.). **What's in, what's out: designing benefits for universal health coverage**. Brookings Institution Press, 2017.

GOMES, Ana Paula Azevedo; MACIEL, Elvira Maria Godinho de. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 256-262, 2020.

HERCULANO, Thuany Bento et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 702-713, 2018.

HORTON, Richard; CLARK, Stephanie. The perils and possibilities of the private health

sector. **Lancet (London, England)**, v. 388, n. 10044, p. 540-541, 2016.

HUMANIZA, S. U. S. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

HURST, Jeremy W. Reforming health care in seven European nations. **Health affairs**, v. 10, n. 3, p. 7-21, 1991.

INGEBRIGTSEN, Tor et al. The impact of clinical leadership on health information technology adoption: systematic review. **International journal of medical informatics**, v. 83, n. 6, p. 393-405, 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. **Diabetes Spectrum**, v. 17, n. 2, p. 97-101, 2004.

KAPPAUN, Aneline; DA COSTA, Marli M. Moraes. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

KUSCHNIR, Rosana C.; CHORNY, Adolfo H.; LIRA, Anilka ML. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. **Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC**, 2010.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de saude publica**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 166-174, 2013.

LIMA, Maria de Fátima Gomes et al. Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1054-1060, 2017.

LOVE, Arnold. Implementation evaluation. **Handbook of practical program evaluation**, v. 2, p. 63-97, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. A atenção primária à saúde no SUS. In: **A atenção primária à saúde no SUS**. 2002. p. 89-89.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 250-271, 2015.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do

trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 61-68, 2007.

MERTENS, Walter. The 1994 international conference on population and development (ICPD): context and characteristics. In: **The 1994 international conference on population and development (ICPD): context and characteristics**. 2015. p. 36-36.

MORADI, Farideh et al. Interventions in reducing caesarean section in the world: a systematic review. **The Malaysian journal of medical sciences: MJMS**, v. 26, n. 5, p. 21, 2019.

MORSE, Janice M. Designing funded qualitative research. 1994.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, n. 3, p. 351-359, 2018.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 885-904, 2015a.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. The normalization of c-section as a way of birth: material culture of birth in private hospitals in Southeastern Brazil. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 885, 2015b.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 415-432, 2017.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 456-461, 2010.

NEUMANN, Daniela Garbin; QUIÑONEZ, Carlos. A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. **NCOHR Work Pap Ser**, v. 1, p. 1-18, 2014.

ONWUEGBUZIE, Anthony J.; LEECH, Nancy L. Sampling designs in qualitative research: Making the sampling process more public. **Qualitative Report**, v. 12, n. 2, p. 238-254, 2007.

OPIYO, Newton et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 98, n. 1, p. 66, 2020.

OPSS. Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2015.

O'SULLIVAN, John F. Caesarean birth. **The Ulster Medical Journal**, v. 59, n. 1, p. 1, 1990.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAPANICOLAS, Irene; WOSKIE, Liana R.; JHA, Ashish K. Health care spending in the United States and other high-income countries. **Jama**, v. 319, n. 10, p. 1024-1039, 2018.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.

POTVIN, Louise; GENDRON, Sylvie; BILODEAU, Angèle. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 65-86.

PRATA, Juliana Amaral et al. Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Denúncia da Parto do Princípio motiva Ação do Ministério Público Federal**. 2015a. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/single-post/2010/08/25/den%C3%Bancia-da-parto-do-princ%C3%ADpio-motiva-a%C3%A7%C3%A3o-do-minist%C3%A9rio-p%C3%ABlico-federal> Acesso em: 02 de janeiro de 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Quem somos**. 2015b. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre#:~:text=A%20Parto%20do%20Princ%C3%ADpio%20o%20%C3%A9,se%20refere%20%C3%A0%20maternidade%20consciente>. Acesso em: 02 de janeiro de 2022.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

ROEMER, Milton I. **National health systems of the world**. oxford university press, 1993.

ROGERS, E. M. Diffusion of innovations 5th Edition. New York 2003.

ROSENFELD, Allan; MAINE, Deborah. Maternal mortality-a neglected tragedy: Where is the M in MCH?. **The Lancet**, v. 326, n. 8446, p. 83-85, 1985.

RUSSO, Jane A. Is free choice for cesarean section really free?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

SAMPAIO, Juliana; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; HERCULANO, Thuany Bento. Doulas: Movimento social e luta por políticas públicas sobre direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Gênero**, v. 18, n. 2, 2018.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. 2014. p. 253-253.

SCHÜTTE, Stefanie; ACEVEDO, Paula N. Marin; FLAHAULT, Antoine. Health systems around the world—a comparison of existing health system rankings. **Journal of global health**, v. 8, n. 1, 2018.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S182-S191, 2014.

SILVA, Edna Maurício da; BIZERRA, Fernando de Araújo. Complementariedade Invertida no SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. 2017.

SILVA, Karla FN; SOARES, Sheila; IWAMOTO, Helena H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 31, p. 421-426, 2009.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 585-593, 2005.

SMITH, Adam. **A mão invisível**. Editora Companhia das Letras, 2013.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta paulista de enfermagem**, v. 34, 2021.

SPENCER, Andrew J.; BUHALIS, Dimitrios; MOITAL, Miguel. A hierarchical model of technology adoption for small owner-managed travel firms: An organizational decision-making and leadership perspective. **Tourism management**, v. 33, n. 5, p. 1195-1208, 2012.

THACKER, Stephen B. et al. Public health surveillance in the United States: evolution and challenges. **MMWR Suppl**, v. 61, n. 3, p. 3-9, 2012.

THOMAS, Timothy N. et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. **Contraception**, v. 90, n. 6, p. S32-S38, 2014.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S220-S231, 2014.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2018.

TORRES, Jacqueline Alves. **Estudo comparativo sobre o modelo de Atenção obstétrica e neonatal em maternidades do Setor Suplementar de saúde no Brasil**. 2014. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Maria do Carmo Leal.

VERBI SOFTWARE. **MAXQDA 2020 [computer software]** Berlin, Germany: VERBI Software., 2019. Disponível em: <https://www.maxqda.com/> . Acesso em: 07 de fev. de 2023.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, p. 375-390, 2002.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 304-313, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.

YE, J. et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 5, p. 745-753, 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

YU, Yushan et al. The effectiveness of financial intervention strategies for reducing caesarean section rates: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.

ZAIDEN, Laura et al. Influence of hospital characteristics on the performance of elective cesareans in Southeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2019.

ZHANG, Lulu et al. A cluster-randomized field trial to reduce cesarean section rates with a multifaceted intervention in Shanghai, China. **BMC medicine**, v. 18, p. 1-15, 2020.

APÊNDICE 1 - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) – VERSÃO PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021)

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	
Domínio 3: Análise e resultados			
Análise de dados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	

Extraído de:

***Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631.**

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

APÊNDICE 2 - ARTIGO 1: PROCESS OF ADHERION OF THE ADEQUATE CHILDBIRTH PROGRAM TO IMPROVE OBSTETRIC CARE IN PRIVATE HOSPITALS IN BRAZIL

de Oliveira et al. *Reproductive Health* (2023) 20:9
<https://doi.org/10.1186/s12978-022-01542-3>

Reproductive Health

CASE STUDY

Open Access



Process of adhesion of the Adequate Childbirth Program to improve obstetric care in private hospitals in Brazil

Débora Cecília Chaves de Oliveira^{1*} , Andreza Rodrigues^{2,8} , Lucia Regina de Azevedo Nicida³ , Maysa Luduvica Gomes^{4,9} , Jacqueline Alves Torres⁵  and Elyne Montenegro Engstrom^{6,7} 

Abstract

Background: In 2015, a quality improvement project called "Projeto Parto Adequado-PPA" was implemented in Brazilian private hospitals to reduce unnecessary high rates of cesarean sections. This study aimed to analyze the decision-making process of managers and care leaders to adhere to the PPA.

Methods: The Healthy Birth study is evaluative research that used mixed methods to evaluate the implementation and effects of the Adequate Childbirth Program in 12 hospitals that participated in the program. Eight out of 12 hospitals were selected for a qualitative approach. We interviewed ten managers and 24 care leaders from July to October 2017. The interviews were transcribed, and data was systematized using the MaxQda software, with Thematic Content Analysis, to identify the facilitators and barriers for adherence to the Adequate Childbirth Program. We used the conceptions of the Diffusion of Innovation as an analytical reference.

Results: The main reasons to adhere to the Adequate Childbirth Program were the absence of other quality improvements programs in Brazilian private services using multifaceted interventions, social and market status for participating; commitment to quality of care; and the possibility of structural reforms related to the Adequate Childbirth Program implementation. In addition, inviting hospital influencers to learn about the objectives and intentions of the project before joining was considered an important strategy to motivate hospitals.

Conclusion: Social, cultural, and economic constructs motivated adherence. The invitation strategy used by the Adequate Childbirth Program coordination, through socially respected members in Brazil, such as doctors, was highly valued by the leaders of the hospital team and encouraged adherence to the Program.

Keywords: Diffusion innovation, Innovation, Healthcare, Quality improvement

Plain language summary

In 2015, a quality improvement program, called the "Adequate Childbirth Program" (PPA), was recommended by the National Supplementary Health Agency so that Brazilian private hospitals could, through a change in the care model, reduce unnecessary cesarean sections and stimulate the natural and safe process in childbirth. The process of

*Correspondence: debora_chaves@icloud.com

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Bento Lisboa, nº 80, Apt. 303, Bairro Catete, Rio de Janeiro, RJ 22221-010, Brazil
 Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

adhering to the PPA was studied in this article. Ten managers and 24 assistant leaders were interviewed in 08 private hospitals in Brazil. The main reasons for joining the PPA were the absence of other quality improvement programs; for being a program considered necessary in the country's midwifery, which could increase the prestige of hospitals in the view of women and families; for proposing an improvement in the quality of care; and for stimulating of structural and ambiance reforms. Social, cultural, and economic values motivated hospital adherence. The invitation strategy used by the PPA coordination, through socially respected members in Brazil, such as medical professionals, was highly valued by the hospital's leaders and encouraged adherence to the Program.

Background

In Brazil, the logic of health system organization, typical of a capitalist state, conjugates different practices and care models. The Brazilian Unified Health System (SUS) combines public and private subsectors [1]. The characteristics of the private subsector in this context highlight a model of care based on the medical figure, with a diversity of interests involved in resource financing and application and the effect of the financial market and work for an organization on the care process [2].

Unsatisfactory health outcomes, such as high cesarean rates in the Brazilian private sector, require sophisticated solutions with great inventive potential. In the private sector, cesarean section accounts for 83 percent of births [3], a statistic that does not match the World Health Organization (WHO) safety indication of 10–15 percent [4, 5], other studies [6, 7], or even the adjusted cesarean section rate for Brazil of 25–30 percent [8].

In 2006, an extensive movement of women, called "Parto do Princípio", began the struggle for rights related to childbirth and birth in Brazil. Since then, it has been present in the fight against obstetric violence and is presented essentially in the scenario of dialogue in the health system to adopt measures that quality care and reduce the high rates of cesarean sections [9].

The "Parto do Princípio" movement presented a dossier to the Federal Public Ministry proposing changes in the Brazilian obstetric private sector in 2006 [9]. In 2010, the Federal Public Ministry filed a Public Civil Action against the National Supplementary Health Agency (ANS), which demanded the regulation of private obstetric services, complying with the propositions inserted in the dossier carried out by the women's movement [10].

In this sense, such reality induced in 2015 the creation of the Adequate Childbirth Program (Projeto Parto Adequado—PPA), which is an intervention proposed by the National Agency for Supplementary Health (ANS), to improve delivery and birth care in Brazilian private hospitals. In which it proposed to identify innovative and viable models of care, based on successful experiences and scientific evidence, in an attempt to reduce the potential increase of unnecessary risks of cesarean sections, insecurity, and experiences that do not reveal the

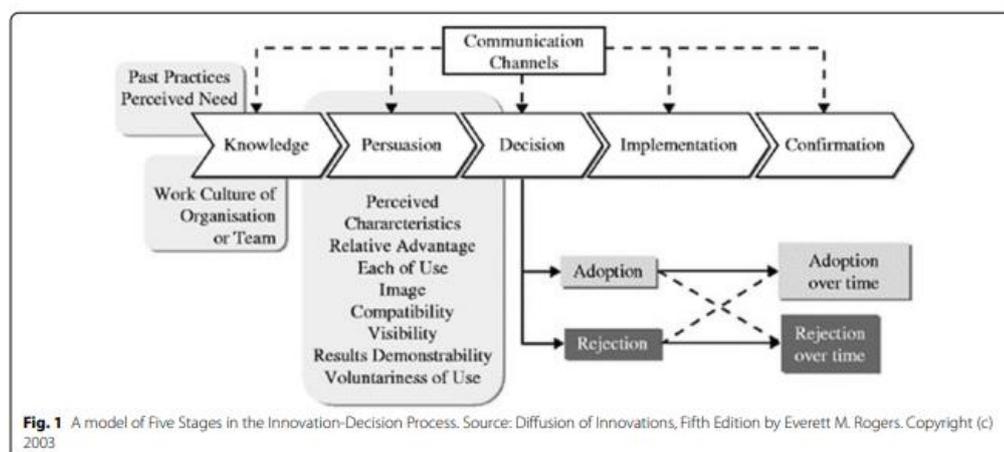
empowerment and protagonism of women in the scenario of labor and birth [11].

Considered an intervention (the PPA) with high innovative power to promote a new model of care in institutions (the innovation), the main focus of the program was to reduce the high rates of cesarean sections (CS), promote normal birth and qualified care from prenatal to postpartum, through interventions in the care process [3]. Thus, the promotion of this new model of care corresponds to the transformation of a static or dynamic scenario through the use of technologies, processes, and interventions; political, social, and institutional [12–15] incorporations, which could be carried out incrementally to what already existed in the context; but could also be implemented radically [15], requiring the extinction of the previously existing obstetric care model.

The appropriation of a new care model during the adherence decision-making process probably went through people who took into account possible impacts, such as the degree of uncertainty when adhering; the power to solve problems; economic, sustainable, and cultural factors involved in the process, and goals to be achieved after adherence [13]. Other factors might justify the expenditure of time, knowledge, and money in implementing an intervention [15].

Usually, innovations pass through a communication transmission channel, in which opinion leaders are potent instruments in the diffusion to their peers, offering greater assurance in the practical use of innovation by the collective during its implementation [15]. Thus, adopting an innovation happens when information is transmitted and processed to reduce the uncertainty of adopting it or not. For Rogers [15], this process usually happens linearly over some time and involves 05 (five) stages: 1. Knowledge, 2. Persuasion, 3. Decision, 4. Implementation, and 5. Confirmation (Fig. 1).

According to Rogers [15], to make a decision, preconditions prior to the innovation provoke the initial desire to join. In addition, he mentions that knowing the innovation well allows understanding how it works and seeks to reduce its uncertainties. In the persuasion phase, the individual or the organization builds a favorable or unfavorable attitude toward adopting the innovation. On the



other hand, the decision phase involves the act of accepting or rejecting the innovation. Its adoption refers to the choice to use it, and rejection means that adopting it is not the best choice. If the group, person, or organization accepts the innovation, it continues to the next step, which is the execution of the innovation. Implementation is when the person or organization puts the innovation into practice. At this stage, there may be what Rogers calls reinvention, which is the adaptation of the innovation to the local context. There is a reevaluation in the last stage of confirmation to continue or not with the innovation.

Understanding how hospitals in the private subsystem learned, were motivated and decided to enroll in the Adequate Childbirth Program to innovate their obstetric care model will allow us to understand the limits and achievements in the ongoing process and after implementation. Thus, this article aims to analyze the decision-making process of care managers and leaders to enroll in the PPA. This paper focuses on the pre-innovation conditions and the first three stages of the innovation adoption process described by Rogers (Fig. 1).

Methods

Recognizing the importance of the Adequate Childbirth Program intervention to the health of Brazilian women and children, the National School of Public Health (ENSP)—Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) proposed an evaluation titled “Healthy Birth: a prospective study to evaluate the implementation and effects of a multifaceted in-hospital intervention.” In order to analyze the implementation and effects of the PPA in a sample of 12 hospitals utilizing mixed methods analysis [3].

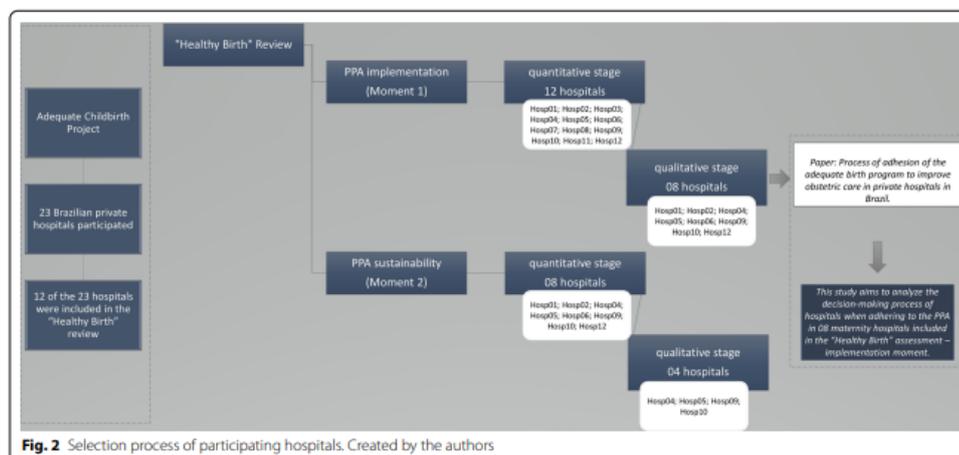
The survey was carried out at two different times for data collection. The first [M1] focused on assessing the degree of implementation and the intervention’s effect; the second moment [M2] focused on assessing the sustainability of the intervention. More details on data collection, contextual aspects, and protocols established by the “Healthy Birth” survey can be found in Torres et al. [3] and Domingues et al. [16].

Study type and subsample

Integrated to this evaluation, this article develops a single case study with an exploratory qualitative approach, which chooses the intervention Projeto Parto Adequado as a case under analysis. For this qualitative analysis, a subsample of 08 (eight) hospitals (Hosp01; Hosp02; Hosp04; Hosp05; Hosp06; Hosp09; Hosp10; Hosp12) was intentionally selected (Fig. 2). The inclusion criteria for this subsample were the location of the maternity hospital according to the country’s macro-region, the type of maternity unit belonging or not to health insurers, and the maternity’s performance in achieving goals to reduce cesarean sections (data provided by ANS/PPA monitoring). We excluded four hospitals (Hosp03; Hosp07; Hosp08; Hosp11) due to geographic location and management [3].

Selection of participating professionals

The technique used to select such participating professionals was Snowball sampling [17], a non-probabilistic sampling that focuses on reference chains, used mainly in exploratory studies. Identifying key informants or seeds for the interviews began with the managers, who identified the project leaders/coordinators in the hospital. We



selected 34 professionals directly linked to the management and coordination of hospitals, 10 (ten) managers, and 24 leaders/coordinators. There was no refusal from the participants in any of the hospitals. Managers were considered actors with greater decision-making power, and leaders/coordinators as those who directly support managers in the work decision-making process.

Data collection scenario

The training of the interviewers who carried out the data collection was carried out in two ways: in person for 02 (two) coaches and remotely for another 02 (two) coaches. In these trainings, there was a reading of the instrument, presentation of techniques for conducting interviews, field observations, and the importance of records.

Regarding the characterization of the 04 (four) interviewers who carried out the data collection: they were all women with academic training in Nursing, Midwifery, and History. The historians were researchers in public health; the nurse and the Midwife were researchers in women's health; all had previous experience with data collection for research. These interviewees were drawn to the field mainly because they were already involved in women's health research or care practice. They were presented as such to the interviewees.

Before entering the field for data collection, pilot tests of the scripts were carried out in a maternity hospital in Rio de Janeiro/Brazil, part of the Adequate Childbirth Project. However, this maternity hospital was excluded from the sample of hospitals in the *Nascer Saudável* evaluation. This phase made it possible to make adjustments and validate the interview scripts. Furthermore,

the research team established a previous contact connection with the management of the institutions to agree on the dates on which the interviewers would be placed in the field for data collecting and any ethical issues that would be released.

The immersion in the hospitals took place during a period of 05 (five) days, from July to October 2017, in which the research team carried out interviews with managers coordinators/leaders. A semi-structured script was used for managers and leaders/coordinators, which included the following axes: decision process; deployment strategies; participation of the assistance team; women's participation; monitoring; strategy results. This script was developed for Healthy Birth research [3].

The interviews took place in the hospitals themselves; privacy was maintained in rooms that could have closed doors and away from other people, with only the interviewer and the interviewee remaining in the room. The interview length (average of forty minutes) was not predetermined and varied according to each interviewee's level of involvement in the project and subjective features. The interviews were audio-recorded. During this process, there was no need to repeat interviews. Field notes were taken at the end of each hospital field.

Subsequently, the interviews were transcribed by an independent professional. Such transcripts were not returned to the participants for evaluation, comments, and corrections. However, for the order of internal validation of the transcripts, there was a review by the research team.

About data saturation, it is worth noting that qualitative research, unlike quantitative research, is not based on how many individuals should be heard but on the intensity of the phenomenon and scope to which the actors are linked to the researched object. This emphasizes the need to fine-tune the interviewee selection process. However, the recommended minimum of at least 20–30 interviews was used for qualitative investigations [18].

Data storage

Work was carried out on constructing and analyzing the database in the MaxQda software [19]. During the database construction stage, the interviews were inserted, organized, and encrypted in the software according to the moment of the evaluative research, the ID of the hospital where the interviewee was linked, the professional category belonging, and finally, a professional identifier number. All citations in this article only include the professional position held by the interviewed leadership, in order to avoid possible identification.

Data analysis

According to Uwe Flick [20], the data were submitted to Thematic Content Analysis. Focusing on the axis of the semi-structured decision-making process, the following dimensions were explored: whether the maternity hospital was already developing some initiative related to childbirth care before the PPA; how maternity got to know the PPA; what motivated the participation of maternity in the PPA; and finally, who decided for maternity to participate in the PPA.

The open categorization was then carried out, generating broad segments. With the refinement of these segments, a list of codes was generated, a step called axial coding. An inductive association was made to create the categories [20]. The entire data analysis course was permeated by the theoretical framework of the Diffusion of Innovation by Everett M. Rogers [15].

Although there was no feedback from the participants regarding the findings, for the interpretation of the data, the interviewees' speeches and their respective coding were validated by members of the research group, in which there were also reflexive co-participations on the interpretive procedures of the entire analytical phase [20].

As a methodological guide for qualitative research, it used the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) [21].

Results

Characterization of the participants

The 34 professionals interviewed were directly related to the management and coordination of hospitals, 10 (ten) managers, and 24 leaders/coordinators. These professionals inserted in 08 (eight) hospitals, which distributed in 03 (three) regions of the country (Northeast, Southeast, and South) and 06 (six) Brazilian states (Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Rio Grande do Sul and Santa Catarina). Of the 10 managers, 80% (n=08) are male and 60% (n=06) are doctors. Regarding the leaders/coordinators, the majority are female 54.2% (n=13) and 58.3% (n=14) are physicians (Table 1).

The categories that emerged in the analysis process intertwined with the Diffusion of Innovations Theory (Fig. 3).

- Conditions Prior to Innovation: The "action" that generated the innovation.
- First Stage—Knowledge: The invitation to change.
- Second Stage—Persuasion: The absence of previous interventions; The seduction of the "perfect" structure; The search for improved care; Social and market status.
- Third Stage—Adhesion: The decision to join PPA is driven by change agents.

Conditions prior to the innovation

The "Action" that generated the innovation

When Brazil, through the hegemonic model of care, produces the cesarean delivery route as an almost predominant form of birth, which does not favor maternal and neonatal morbidity and mortality rates, it is necessary to think of strategies to change this experience.

"It was really that high cesarean rate. [The] Public Ministry also, made a participation, visited, questioned our numbers. It was not interesting for the hospital to have that high number." (leader/Coord).

One of the responses to the action of the Public Ministry was the proposition, by ANS, of a program to improve the quality of obstetric and neonatal care in the supplementary service through institutional, scientific, and methodological support to hospitals that wished to reorganize concerning prenatal care, delivery and puerperium. The Adequate Childbirth Program fostered the reduction of CS without clinical indications and possible adverse events resulting from inadequate childbirth through the proposition of a new model of care.

"[...] the Program was presented due to a demand

Table 1 Characterization of the participants (managers and leaders/coordinators) according to hospitals

	Hosp01	Hosp02	Hosp03	Hosp04	Hosp05	Hosp06	Hosp07	Hosp08	All hospitals
Country region	Northeast	Southeast	Southeast	Southeast	South	South	Southeast	Southeast	03 Brazilian regions
Country state	Ceara	Rio de Janeiro	São Paulo	Espirito Santo	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	São Paulo	São Paulo	06 Brazilian states
Managers	02	01	01	01	01	01	01	02	10 (29.4%)
Leaders/Coordinators	03	03	02	03	04	03	03	03	24 (70.6%)
<i>Position "Manager" by gender n = 10</i>									
Managers—female	0	01	0	0	0	0	0	01	02 (20%)
Managers—male	02	0	01	01	01	01	01	01	08 (80%)
<i>Position "Leader/Coordinator" by gender n = 24</i>									
Leaders/Coordinator—female	02	02	01	03	01	02	01	01	13 (54.2%)
Leaders/Coordinator—male	01	01	01	0	03	01	02	02	11 (45.8%)
<i>Position "Manager" by professional category n = 10</i>									
Medical managers	01	0	01	01	01	01	01	0	06 (60%)
Non-medical managers	01	01	0	0	0	0	0	02	04 (40%)
<i>Position "Leader/Coordinator" by professional category n = 24</i>									
Medical leaders/coordinator	02	02	01	02	03	0	02	02	14 (58.3%)
Non-medical leaders/coord	01	01	01	01	01	03	01	01	10 (41.7%)
Total interviewees: 34									

Source: Created by the authors

that arose at the time, generated by the Federal Public Ministry. They started a strong campaign and fined the hospitals regarding obstetric violence, and we had the presence, here, of the Federal Public Ministry, and an agreement that the hospital made with the Federal Public Ministry was to be part of the Program [...]" (Leader/Coord).

This situation was the impetus for a feasible and essential shift in obstetric care in the private network, and the ANS's backing encouraged hospitals to follow the program.

First stage: knowledge

In the first stage of innovation, called knowledge, Rogers describes it as "when an individual is exposed to the existence of the innovation and gains some understanding of how it works" [15]. In analyzing the interviews, the category produced:

The invitation for change

The ANS purposefully invited private hospitals with the most significant delivery volume in Brazil to an introductory conference where the scope and objectives of the PPA would outline [3]. This method had a good influence on the appreciation of these services and their representatives.

"We received an invitation, directly from the Program Organizing Committee, which is IHI, ANS, and Einstein, inviting the superintendent, our CEO (Chief Executive Office), for a meeting [...] where the program, objectives [...] would present the program and its objectives" (Manager).

After the meeting to present the PPA, hospitals interested in joining the program registered an adherence form with ANS, justifying their desire to participate. Soon after, the PPA coordination team would select the hospitals for the program.



"[...] because you had to apply to view the hospitals that were going to be picked, and they [the two physicians who attended the conference] did the application, and the hospital was chosen." (leader/Coord)

The desire to change the model of care may or may not have preceded the exposure to the operation of the PPA. However, knowledge of the program through the meeting may have been paramount to raise fundamental questions, such as: how the PPA would work in the maternity ward; how the program would work properly; what would be the costs for hospitals; what would be the support network involved in the change of model, among other issues. According to the "knowledge" stage of the Theory of Diffusion of Innovations [15], this allows to reduce uncertainties in the adoption and sustain innovation for an expected result, reducing its rejection or discontinuation.

Second stage: persuasion

The second stage, called persuasion, is described by Rogers [15] as when the individual exposed to the innovation builds a favorable or unfavorable attitude towards it. Considering that, in this study, we interviewed only individuals who "apparently" built a favorable attitude to the PPA, because they were institutions that had already accepted the adherence term at the time of the research, we will demonstrate what, probably, these individuals used strategies to persuade their peers to adopt the

PPA. This stage of the theoretical referential was composed of four categories of analysis: the absence of previous complex interventions; social and market status; the seduction of the "perfect" structure; and the search for improved care.

The absence of previous complex interventions

The ANS employed the lack of past interventions or the presence of non-systematized interventions with the potential to change the model of care as a persuasive object for program adherence.

"We used to do our daily routine. Obstetricians who did births introduced news, which we implanted, but it was not a systematic process. That was not the situation." (Leader/Coord)

"It was all the idea of Proper Childbirth. There were isolated ideas (to implement change projects in the hospital), so I thought about some things. I had an idea in the pediatrics, breastfeeding part, other isolated ideas [...], but we (the hospital leaders) did not talk about it (before the PPA)." (leader/Coord).

Some PPA recommendations, including the participation of management for change, the enhancement of professional, functional performance, the inclusion of women and families in care, and the monitoring of indicators, may have helped the PPA's acceptance. These incitements that, presented during the meeting of presentation of the PPA, may have provided the actors that

represented the hospitals and that still did not have structured interventions to change the care model, to adhere to the PPA.

Social and market status

The need to belong to representative classes permeates our sociocultural construction. Nevertheless, the social and market status exposed in the speeches reminds us of the need hospitals have in occupying places considered necessary by the social construct, whether by women, families, and social movements or by professionals, scientific academia, and imposing organizations in obstetrics.

"[...] understanding that women currently seek this issue of natural childbirth, of proper childbirth. Furthermore, the hospital has always sought to be within this profile. So I believe that when it went into this field, it has this goal of corresponding to what women today expect from birth." (leader/Coord).

"[...] but as we are in the maternity market, we have every interest in doing the best possible, with all the quality, so, we thought it was important to participate [...]" (Manager)

In this sense, the professionals realized that being aligned to PPA could also open paths for partnerships with other agents involved in the program's composition. Besides the representation of the National Supplementary Health Agency, the professionals pointed out the presence of the Hospital Albert Einstein and the Institute Healthcare Improvement (IHI) as necessary for the adherence to PPA.

"When you see the ANS, Einstein, and the IHI, references to quality processes in health care, wow! This group is not kidding. Let us learn! So we had every opportunity, we had a partnership with Einstein, we had open doors at Einstein, our doctors and our nurses participated in the training, realistic simulations, all that there, this is unique." (leader/Coord).

"(...) the Program seemed quite interesting, both from the medical point of view and also, that it adds value to the institution (...)" (Manager)

The seduction of the "perfect" structure

Undeniably, to ensure a good quality of care during labor and birth, the physical structure of the maternity ward must be taken into account. Quality of care includes clinical effectiveness, patient safety, and efficiency of care, factors based on indicators such as mortality, morbidity, episiotomy rates, cesarean rates, and use of best practices in labor and birth care.

This framework, supported by a practice based on scientific evidence and crossed by individualized, integral,

and shared care, ensures the humanization of care. However, it seemed to prevail among managers before participating in the PPA that changes in the physical structure would promote the humanization of care.

"We had already asked for delivery beds that we had already put in the budget. In short, we were already moinho to be able to attend, in a very timid way, without much ambition [...]. I had already visited some other hospitals, and I always brought ideas during my visits. (leader/Coord).

"Practically, with the time of one year, before the Adequate Childbirth Program, the hospital started some actions in which we did some small reforms in the pre-birth, to try to leave a little more pleasant and humanized environment." (leader/Coord).

Before the PPA, the hospitals had already initiated timid modifications related to the structure, which probably favored the decision-making process of adherence to a more systematized intervention program. However, it is impossible to predict if, already in the decision-making process, there was the maturity of understanding of the institutions concerning the physical structure being only one of the components of the scenario in the humanization of care, and not a defining component.

The search for improved care

This category was defined by reports relating to efforts that the hospital had begun to execute before the PPA but had not progressed and was aided by the program (Fig. 3). In addition, they reflect on how the form of labor and birth needs to be revised in the private care network.

"[...] basically our role here, as the leader or head of the service, is that we have a practice in the first place that is safe and a practice that is within the recommendations of the big bodies that govern good practice, among them the World Health Organization." (Manager).

"Not scheduling cesarean sections under thirty-nine weeks, we had already started in the year 2014, because we had already seen by the indicators that we had a high rate of respiratory distress (in newborns), by obstetricians performing cesarean sections in those children that are considered late preterm." (Manager).

"Basically we tried to do prenatal care within the best standards of protocols, bring some degree of preparation to these patients, through courses for pregnant women [...]" (leader/Coord)

"[...] we needed to change obstetrics in Brazil, especially in private health, because it had become a cesarean factory and that we had abandoned tradi-

tional obstetric practices, and normal became cesarean.” (Manager)

“[...] our kind of service had been facing difficulties concerning this epidemic of cesarean sections [...] we were not knowing, by ourselves, how to dribble these difficulties.” (leader/Coord)

Third stage: decision

The decision to join PPA driven by change agents

The perceived characteristics of the innovation are put to the test when hospital representatives attend the program presentation meeting and return with their relative advantages and possible disadvantages of adopting PPA. This internal “evaluation” process of the hospitals considered compatibility, desire for change, complexity in implementing such an intervention, the perception of women, and health plans in enjoying an interventional innovation, among others.

“So that is how it happened, so I brought (agents who influenced the decision to join the PPA), I made a report [...], and he (the decision agent) understood that we should participate in the program and then, we started.” (Manager)

“[...] I had a series of meetings, I showed the Program, I talked to one, I talked to another, until we received the endorsement, the release, from the [decision-making agent], to participate in this Program.” (leader/Coord)

For this study, we consider as opinion leaders, here represented by influencing agents, those who presented a favorable/disfavorable attitude to the hospital administration regarding adherence to the PPA; as well as change agents, symbolized as decision making agents, actors responsible for the final decision and for signing the term of adherence to the program. Nothing prevents the same person from assuming the two positions; what depends on the degree of management involvement regarding innovation.

Discussion

Over the years, several normative [22, 23] and formative [24] interventions in the Brazilian public obstetric service have been implemented to reduce cesarean sections and improve women’s experience of delivery and babies’ experience of birth. However, effective interventions to change the care model and consequent change in labor and birth are still considered atypical in the private sector. In 2010, the Public Prosecutor’s Office filed a Public Civil Action [25] against the ANS, an agency linked to the Ministry of Health and responsible for creating standards, controlling and monitoring the health insurance

market in the country [2], so that there would be effective measures to reduce unjustified cesarean sections.

Thus, when the PPA comes up with a proposal to change the obstetric care model in private hospitals, it suggests an intersection between health and innovation. Such an intersection is challenged not only by the need to change poor indicators but also by the entrepreneurial vision of the very leaders involved in the adoption of PPA, who must adjust to the needs and expectations of patients, organization professionals, and, most importantly, the institutional mission’s yearning [26].

In knowing about the adherence to innovation, it should be apparent to those involved that the proposed innovation is not a neutral act of people or institutions because it needs to be based on its possible effects to implement it. Thus, identifying the need for the innovation; in which body such innovation will be implemented; whether it will be socially constructed; whether it maintains minimum conditions of access [14]; in addition to not being divorced from tradition or so-called “old innovations” [27], are valid questions in the adherence of health innovations. Such points strengthen aspects that go beyond the interests of capital, taking into account the social interests involved in the context [14]. In this way, it supports the findings of this study, which show that the knowledge stage is critical for the appropriation of the PPA and the innovation proposal that the intervention communicates.

One should be careful about the possible adverse impacts when applying innovation in health institutions since it does not necessarily have only positive consequences [26]. Recent studies show that the prioritization of aspects related to assistance and care in private services is minimized to the detriment of the hoteling aspects of maternity hospitals [7, 28]. In addition, the deconstruction and reconstruction of a new paradigm by management and professionals related to control of bodies at the time of labor and birth are challenging and sometimes unacceptable [29]. Modifying the position of labor, centering care on the woman and her family as an institutional philosophy, respecting the moment of birth as individual and unique are changes that challenge the biomedical model [30].

Only the strengthening and empowerment of women is ineffective when the cesarean section has become normalized in Brazil by the thinking and attitude of specialists, which is perpetuated in health institutions as something simple, safe, aesthetic, clean, and painless [28, 29]. Women are subject to impediments that do not facilitate or promote their autonomy [31].

There is, then, a real need for the strengthening and recognition of the intentions that surround private obstetric health institutions in Brazil, conformed by a

mission, vision, and philosophy that must dialogue with the wishes of women, with the best scientific evidence, and with the humanization of labor and birth. By joining the PPA, the proposal to change the care model seemed to go beyond building a new professional way of acting, punctuated only by specific training, but also to a follow-up of the changes over time, to the recognition of people strategies that could encourage changes in conduct, practice, and care, envisioning a new institutional and not only professional thinking and positioning [32].

In this sense, finding strategic leaders [33, 34] for the appropriation of the intervention seems to have been a concern of the hospitals. The exciting findings were to identify the medical professional as a reference for the perpetuation of the intervention during the implementation in the Brazilian private hospital scenario. It is valid to point out that the social respect in the country correlated with the medical professional is rooted in the biomedical model, currently much questioned [35].

However, it was noticed that the choice of this change agent in charge of sustaining the intervention was influenced not only by his professional knowledge and technical abilities but also by his institutional influence over the remainder of his category and other professional categories [36, 37]. Therefore, the choice of the change agent to know and persuade about the proposed innovation may be one of the crucial factors not only for adherence and implementation and also for the sustainability and reinvention power of the innovation.

Conclusion

The adherence to the Adequate Childbirth Program went through the appropriation of the innovative intervention to then adopt it. The professionals representing the institutions, during this decision-making process, felt privileged to have received exclusive invitations to participate, sent by the organizers of the program. This simple act expresses special care, identifying each service as unique.

The lack of multifaceted obstetric interventions in the Brazilian private service, the social and market status, the search for better care, and the possibility for hospitals to carry out structural reforms by being inserted in the intervention motivated adherence to the PPA. The use of agents of influence to convince peers was key to the final decision to join.

The speech place of the persons interviewed is an essential factor to consider since it might limit the facts in their natural context to match the research institution's expectations. Furthermore, the data was obtained after the participants had joined the program, favoring possible memory biases during data collection. Finally, there was a gap between the time

the data was collected and its analysis. Our research, however, revealed the logic of a work shaped by institutional, social, and cultural rules that do not change quickly, that require time, desire for change, and training to improve care, which reinforces the validity of this study.

Journals rarely publish the point of view of management and coordination professionals in the innovation decision-making process. The focus often permeates the deployment results. In this research, we have the opportunity to deal with what motivated midwifery managers and leaders/coordinators in the Brazilian private sector to seek a change in the care model.

This fact reveals that to continue reducing cesarean sections in complementary institutions in Brazil, complex interventions, such as the PPA, are needed to ensure better results. Another fact revealed by this study permeates the transmission of knowledge about PPA, having occurred strategically by members of institutions considered socially representative and respected in the professional field, in this case, the physician. This may allow a greater adherence of professionals. However, we still do not know if this fact revealed greater assurance in the implementation and sustainability of the program in these institutions.

Abbreviations

ANS: National Supplementary Health Agency; CEO: Chief Executive Office; CS: Cesarean Section; ENSP: National School of Public Health; FIOCRUZ: Oswaldo Cruz Foundation; IHI: Institute for Healthcare Improvement; MH: Ministry of Health; PPA: Adequate Childbirth Program ("Projeto Parto Adequado"); SUS: Unified Health System; WHO: World Health Organization.

Acknowledgements

Not applicable.

About this supplement

This article has been published as part of *Reproductive Health Volume 20 Supplement 2, 2023: The Healthy Birth study: an evaluative research of the Adequate Childbirth Program*. The full contents of the supplement are available online at <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-20-supplement-2>.

Author contributions

MLG, JAT, AR conceived and designed the study. AR, LRAN collected the data. DCCO, EME analyzed and interpreted the data. DCCO, drafted the manuscript in collaboration with AR, LRAN, EME, JAT. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This work was partially funded by the Bill & Melinda Gates Foundation [OPP1142172] and DECIT/MS Brasil/CNPq [401715/2015-1]. In accordance with the Foundation's grant conditions, a generic Creative Commons Attribution 4.0 has already been assigned to the version of the manuscript accepted by the author that may arise from this submission. In addition, it was funded by the National Center for Scientific and Technological Development (CNPq) and by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES - Brazil) - Financial Code 001. Funders had no influence on the identification, design, conduction and reporting of the analyze.

Availability of data and materials

The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations**Ethics approval and consent to participate**

The "Healthy Birth" study was approved by the research ethics committee of the Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz (CAAE research protocol: 1.761.027, approved on January 16, 2017). All participants received and signed the Free and Informed Consent Form prior to the interview and all precautions were taken to maintain the confidentiality of the information.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Bento Lisboa, nº 80, Apt. 303, Bairro Catete, Rio de Janeiro, RJ 22221-010, Brazil. ²Saúde Coletiva Pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ³Saúde Coletiva Pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁴Escola de Enfermagem Anna Nery UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁵Technical Director of the Institute for Healthcare Improvement, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁶Saúde Coletiva Pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁷Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁸Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ⁹Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Accepted: 25 November 2022

Published online: 06 January 2023

References

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9779):1778–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
- Pietrobon L, Prado ML do, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008;
- Torres JA, Leal M do C, Domingues RMSM, Esteves-Pereira AP, Nakano AR, Gomes ML, et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health*. 2018;
- Organisation WH. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;436–7.
- Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program*. 2015;
- Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):12–4.
- Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: A worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharoux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(3):427–36.
- Rede Parto do Princípio. CESÁREAS NO BRASIL. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cesareas-indesejadas>. 2015.
- Brasil. 24a Vara Cível Federal de São Paulo. Ação civil pública no 0017488-30.2010.4.03.61.00. Apelante: Rede Parto do Princípio Apelada: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Procuradores da República Luciana da Costa e Luiz Costa São Paulo, 17 de agosto de 2010.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Heal [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 6]. p. 49. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_pcr_assunto/web_total_parto_adequado.pdf.
- Learning M, Cookbook R. Relatório de Primavera 2008 - Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas. *Obs Port Sist Saúde*. 2008;
- Bouwman H, van den Hooff B, van de Wijngaert L, van Dijk J. Information and communication technology in organizations: Adoption, implementation, use and effects. *Inf Commun Technol Organ Adopt Implementation, Use Eff*. 2005;1–222.
- Gadella CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;
- Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th edn. Press F, editor. 2003. 576 p
- Domingues RMSM, Torres JA, Leal M do C, Hartz ZMA. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa "Nascer Saudável". *An Inst Hig Med Trop (Lisb) [Internet]*. 2019;47–55. Available from: <https://doi.org/10.25761/anaishmt.320>.
- Vinuto J. A Amostragem em bota de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*. 2014;22:203–20.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa São Paulo (SP)*. 2017;v, 5(01–12).
- Verbi Software. MAXQDA 2020 [computer software] [Internet]. Berlin, Germany: VERBI Software; 2019. Available from: maxqda.com
- Flick U. An Introduction To Qualitative Fourth Edition. SAGE Publications; 2009.
- Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2021;34.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 569/MS de 1o de Junho de 2000. Diário Oficial da União. 2000.
- Brasil. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. CONITEC. 2016.
- Mendes YMMBE, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Rev Saude Publica*. 2020;54:23.
- Brasil. Ministério Público Federal. Justiça Federal da 3a Região PE - Núm ero5005407-46.2019.4.03.61.00. 24a Vara Cível Federal de São Paulo. 2010;2–5.
- Miller FA, French M. Organizing the entrepreneurial hospital: hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Res Policy* [Internet]. 2016;45(8):1534–44. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2016.01.009>.
- Conill EM. sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2018;31(4):1–13.
- Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015;25(3):885–904.
- Niederauer C, Pedrosa S, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. 2017.
- Pereira RM, de Fonseca OG, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3517–24.
- da Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Hospital care at childbirth: social representations of women and health care professionals. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2010;23(1):01–10.
- Clot Y. Trabalho E Poder De Agir. 2010) F 1a edição (1 janeiro, organizador. 2010. 343 p.
- Zhang H, Vorobeychik Y. Empirically grounded agent-based models of innovation diffusion: a critical review. *Artif Intell Rev*. 2019;52(1):707–41.
- Spencer AJ, Buhails D, Moital M. A hierarchical model of technology adoption for small owner-managed travel firms: an

organizational decision-making and leadership perspective. *Tour Manag.* 2012;33(5):1195–208.

35. Palharini LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad Pagu.* 2017;(49).
36. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, La Parra CD, Álvarez-Dardet C. Proyecto RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Aten Primaria.* 2014;46(10):531–40.
37. Busari JO, Yaldiz H, Gans ROB, Duits AJ. Clinical leadership as an agent for change: a health system improvement intervention in Curaçao. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:787–98.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



APÊNDICE 3 - ARTIGO 2: INCORPORATION, ADAPTATION AND REJECTION OF OBSTETRIC PRACTICES DURING THE IMPLEMENTATION OF THE “ADEQUATE CHILDBIRTH PROGRAM” IN BRAZILIAN PRIVATE HOSPITALS: A QUALITATIVE STUDY

Title: Incorporation, adaptation and rejection of obstetric practices during the implementation of the “Adequate Childbirth Program” in Brazilian private hospitals: a qualitative study

Authors:

Débora Cecília Chaves de Oliveira. Postgraduate Program in Public Health. National School of Public Health, Foundation Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: debora_chaves@icloud.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1550-743X>

Maysa Luduvicé Gomes. PhD in Nursing from the School of Nursing Anna Nery UFRJ. Adjunct Professor at the Faculty of Nursing at the State University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: maysa.luduvicé@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4557-4377>

Andreza Rodrigues. Nurse. PhD in Collective Health by the National Institute of Health for Women, Children and Adolescents Fernandes Figueira, Foundation Oswaldo Cruz. Adjunct Professor at the Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: andrezaenfermeira@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1873-5828>

Thamires Soares. Graduation program at Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: thamirressoares0399@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3693-393X>

Lucia Regina de Azevedo Nicida. PhD in Collective Health by the Fernandes Figueira National Institute of Women's, Children's and Adolescents' Health, Oswaldo Cruz Foundation. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: lucia.nicida@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6517-463X>

Jacqueline Alves Torres. Nurse. Technical Director of Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro RJ Brasil. E-mail: torresjalves@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0567-2952>

Elyne Montenegro Engstrom. Doctor. PhD in Collective Health from the National School of Public Health, Fundação Oswaldo Cruz. Researcher at the Department of Social Sciences at the National School of Public Health. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: elyneengstrom@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6149-3396>

Corresponding author:

Débora Cecília Chaves de Oliveira. E-mail: debora_chaves@icloud.com
Postgraduate Program in Public Health. National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: debora_chaves@icloud.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1550-743X> . Endereço: Rua Bento Lisboa, nº 80, Apt. 303, bairro Catete, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. CEP: 22221-010.

Summary

Background: The “Adequate Childbirth Program” (PPA) is a quality improvement project that aims to reduce the high rates of unnecessary cesarean section in Brazilian private hospitals. This

study aimed to analyze labor and childbirth care practices after the first phase of PPA implementation.

Method: This study uses a qualitative approach. Eight hospitals were selected. At each hospital, during the period of 5 (five) days, from July to October 2017, the research team conducted face to face interviews with doctors (n=21) and nurses (n=28), using semi-structured scripts. For the selection of professionals, the Snowball technique was used. The interviews were transcribed, and the data submitted to Thematic Content Analysis, using the MaxQda software.

Results: The three analytical dimensions of the process of change in the care model: (1) Incorporation of care practices: understood as the practices that have been included since PPA implementation; (2) Adaptation of care practices: understood as practices carried out prior to PPA implementation, but which underwent modifications with the implementation of the project; (3) Rejection of care practices: understood as those practices that were abandoned or questioned whether or not they should be carried out by hospital professionals.

Conclusions: After the PPA, changes were made in hospitals and in the way, women were treated. Birth planning, prenatal hospital visits led by experts (for expecting mothers and their families), diet during labor, pharmacological analgesia for vaginal delivery, skin-to-skin contact, and breastfeeding in the first hour of life are all included. To better monitor labor and vaginal birth and to reduce CS without a clinical justification, hospitals adjusted their present practices. Finally, the professionals rejected the Kristeller maneuver since research has demonstrated that using it's harmful. We can infer that the hospitals included in this study have tried to change the obstetric paradigm.

Descriptors: Health evaluation; Hospitals, Private; Healthcare Models; Quality improvement; Midwifery; Obstetrics.

Plain English Summary

Brazil has high Cesarean Section (CS) rates, with rates far from the ideal recommended by the World Health Organization and a model of care that does not favor women's autonomy and empowerment. In 2015, a quality improvement project, called "Projeto Parto Adequado" (PPA), was implemented in Brazilian private hospitals to reduce unnecessary cesarean section, in addition to encouraging the process of natural and safe childbirth. One of the components of this project was to reorganize the model of care in hospitals to prepare professionals for humanized and safe care. The data were collected in 8 hospitals with interviews with 49 professionals, approximately two years after the beginning of the project in the hospitals. There were changes in the hospital routine and in the care of women after the project. The professionals incorporated practices such as skin-to-skin contact and breastfeeding; diet during labor; non-invasive care technologies, especially to relieve pain during labor; birth plan; pregnancy courses with guided tours in hospitals (for pregnant women and family); and analgesia for vaginal labor. There was adaptation of existing practices in hospitals to reduce CS that had no clinical indication; better monitoring of labor, favoring vaginal delivery. And finally, the professionals rejected the practice that presses the uterine fundus, for not having shown efficacy in recent studies. We can conclude that the hospitals that participated in this study have made an effort to change their obstetric model. However, specific aspects of each hospital, the organization of the health system in Brazil, and the incentive of the local administration influenced the implementation of these changes by professionals in practice.

Abbreviations

ANS - National Supplementary Health Agency

CS - Cesarean Section

ENSP - National School of Public Health

IHI - Institute for Healthcare Improvement

MH - Ministry of Health

PPA - Adequate Childbirth Program ("Projeto Parto Adequado")

SUS - Unified Health System

WHO - World Health Organization

INTRODUCTION

With global rates of 21.1% and an increase of 12.1% in fifteen years, the use of cesarean section (CS) as an important resource to save lives transcends clinical aspects. The high rates of CS can be influenced by the different political, economic and governmental contexts of each country [1]. In Brazil, even with several investments in the field of obstetric and neonatal care within the Brazilian Unified Health System (SUS), few programs to improve maternal care have been created or expanded in partnership with the private sector [2], although the latter participates in a complementary manner to SUS [3]. As a result of this distance and of a specific cultural context, in 2016 the rate in the country was of 55.44%, with different proportions for the public sector (41%) and the private sector (83%) [4]. Such rates are far from the ideal recommended by WHO (World Health Organization), which is of 10% to 15% [5,6].

In this sense, the principles guided by the humanization of care and autonomy of women during the process of childbirth and birth [7] has become a struggle for the women's social movement in Brazil, which through the Public Ministry filed a complaint of Public Civil Action [8] to the National Supplementary Health Agency (ANS), linked to the Ministry of Health (MH) and responsible for creating rules, controlling and inspecting the health insurance market in the country [9], so that there are effective measures for the reduction of unjustified CS in the private health sector.

In response, in 2015, the “Adequate Childbirth Program” (Projeto Parto Adequado - PPA), was launched with the objective of improving the quality of obstetric and neonatal care in the supplementary service, through institutional, scientific and methodological support to hospitals that wished to implement a reorganization regarding prenatal, delivery and puerperium care [10]. In addition to promoting the reduction of CS with no clinical indications, the project promotes a physiological and safe labor and birth process.

To make the intervention feasible, one of the guiding components included the reorganization of the care model, a challenge that carried out the modification and reinvention of care practices,

paying attention to the best evidence in obstetrics. Such reorganization depends not only on the adherence of maternity hospitals to the intervention, but also on the adoption or rejection [11] of the implementation by professionals of women's health care. This article aims to analyze the incorporation, adaptation and rejection of obstetric practices during the implementation of PPA, identified by the care professionals.

METHODS

Recognizing the importance of the intervention PPA to women and newborns health care in Brazil, the National School of Public Health (ENSP) – Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) proposed an evaluation entitled “Healthy Birth: a prospective study to assess the implementation and effects of multifaceted intervention to improve the quality of care during childbirth and births in hospitals in Brazil” in order to analyze the implementation and the effects of PPA in a sample of 12 hospitals, using mixed methods of analysis [10].

Integrated with this evaluation, this article develops an exploratory study with a qualitative data approach in an intentional subsample of eight hospitals (Hosp01; Hosp02; Hosp04; Hosp05; Hosp06; Hosp09; Hosp10; Hosp12). Inclusion criteria for this subsample were hospital location according to geographic macro-region (South/Southeast/Midwest and North/Northeast), type of hospital (hospitals owned or not owned by health insurance companies), and hospital performance according to administrative data provided by the PPA coordination board. Four hospitals (Hosp03; Hosp07; Hosp08; Hosp11) were excluded due to similarities in geographic location and type of management [10]. More details on data collection, contextual aspects, and protocols established by the "Healthy Birth" survey can be found in Torres et al [10].

The training of the interviewers who carried out the data collection was carried out in two ways: in person for 02 (two) coaches and remotely for another 02 (two) coaches. In these trainings, there was a reading of the instrument, presentation of techniques for conducting

interviews, field observations, and the importance of records.

Regarding the characterization of the 04 (four) interviewees who carried out the data collection: they were all women with academic training in Nursing, Midwifery, and History. The historians were researchers in public health; the nurse and the Midwife were researchers in women's health; all had previous experience with data collection for research. These interviewees were drawn to the field mainly because they were already involved in women's health research or care practice. They were presented as such to the interviewees.

Before entering the field for data collection, pilot tests of the scripts were carried out in a maternity hospital in Rio de Janeiro/Brazil, part of the Adequate Childbirth Project. However, this maternity hospital was excluded from the sample of hospitals in the Nascer Saudável evaluation. This phase made it possible to make adjustments and validate the interview scripts. Furthermore, the research team established a previous contact connection with the management of the institutions to agree on the dates on which the interviewees would be placed in the field for data collecting and any ethical issues that would be released.

The immersion for data collection in the hospitals took place during a period of five days, from July to October 2017, in each hospital, in which the research team conducted interviews with the professionals of direct assistance to women. Key informants from the clinical staff (doctors and nurses) were interviewed; they were indicated by the project leader in the hospital among those who were the most integrated and the least integrated to the PPA.

The selection process started with the managers, who nominated leaders and who later nominated the professionals who had, at the time, more and less participation in the project at the hospital (professionals who participated in the PPA alignment meetings and professionals who did not). Physicians and nurses who worked in labor and delivery care at each institution were considered eligible. This selection is called snowball sampling [12] a type of non-probabilistic sampling that focuses on reference chains and is commonly used in exploratory

investigations, was used to select participants. A total of 49 interviewees were selected, being 21 doctors (26% women and 18% men) and 28 nurses (all women). The number of respondents was different for each hospital, as it considered the characteristics of each institution. There was no refusal or withdrawal from participating in the research by the interviewees and no need to repeat interviews.

The interviews were carried out in the hospitals, face to face, in a place that guaranteed the participant's privacy and did not have a pre-established length of time, which varied according to the engagement in the PPA and the subjective characteristics of the interviewees. The interviews were recorded, transcribed by an independent professional, and reviewed by type of sampling by the research team. These transcripts weren't given back to the participants for review, feedback, or edits. However, for the order of internal validation of the transcripts, there was a review by the research team. Field notes were taken at the end of all interviews in each hospital.

The interviews were guided by a semi-structured script, which included the following axes: decision and participation process; strategies; care practice; and results. With a focus on the care practice axis, the following aspects were explored: the change in the work routine and the way of assisting women in labor, after the beginning of the PPA implementation.

The term 'saturation' of qualitative data is incorporated when there are repetitions about the object studied, and it can then interrupt data collection [13]. This term brought ambivalence to researchers, some revealed the feeling of practicality, and others questioned it [14]. It is worth noting that qualitative research, unlike quantitative research, is not based on how many individuals should be heard, but on the intensity of the phenomenon and scope to which the actors are linked to the researched object. This reinforces the importance of refinement in the selection of respondents [15,16]. Therefore, it is believed that this thesis achieved what the two poles of scholars portray, as it reveals the refinement of the interviewees selected for the

interviews, and at the same time, it used the minimum required by many authors, which is the contemplation of at least 20 to 30 interviews for any type of qualitative investigation [17].

Data were submitted to Thematic Content Analysis [18], using the MAXQDA software, version 2020.3 [19]. The interviews were imported into the software, organized and encrypted according to their respective hospital and professional category. The encryption used was identified only in the research dictionary, for greater security with regard to the anonymity of the interviewees. The open categorization was then carried out, generating broad segments. With the refinement of these segments, a list of codes was generated, a step called axial coding. Starting from this list of codes, an inductive association was made to create the categories. The coding tree is available in table 1.

Although there was no feedback from the participants regarding the findings, for the interpretation of the data, the interviewees' speeches and their respective coding were validated by members of the research group, in which there were also reflexive co-participations on the interpretive procedures of the entire analytical phase [18]. All citations in this article only include the professional position held by the interviewee, to avoid possible identification.

As a methodological guide for qualitative research, it used the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) [20].

This research was approved by the Research Ethics Committee, of the National School of Public Health Sérgio Arouca, of the Oswaldo Cruz Foundation (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz), CAAE opinion: 1.761. 027, on January 16, 2017. The research participants were informed and confirmed their interest in participating by signing the Free and Informed Consent Form.

INCORPORATION OF CARE PRACTICES	ADAPTATION OF THE CARE PRACTICES	REJECTION OF CARE PRACTICES
Information, communication and education	Cesarean	Kristeller Maneuver
Women empowerment information	Elective cesareans over 39 weeks	practice abolished
Information received by the prenatalist	Clinical justification for the indication of elective cesarean sections	Performed when "necessary"
Information during the maternity tour	Informed Consent Form for cesarean section	Performed, consented to and/or when requested by the woman
Information through the construction of the birth plan	Cesarean at maternal request/desire	
Information received through social media	Indication of cesarean section due to maternal or fetal risk	
Information during labor and delivery	Specific medical teams to perform cesarean/vaginal delivery	
Professional approach to providing information	Absolute indications for cesarean section	
Use of non-pharmacological pain relief methods	There were no changes in the criteria for cesarean section indications	
Squat	Induction of labor	
therapy bath	Induction of labor, rather than indicating cesarean section	
Swiss ball	Use of Bishop's index, misoprostol, oxytocin and amniotomy	
birth stool	Oxytocin	
Walk	Used with discretion	
"Cavalinho" in childbirth	Used by most women	
Professional interaction with the woman during the use of the methods	Used to induce labor	

Skin-to-skin contact and breastfeeding	Used to treat postpartum hemorrhage
Skin-to-skin contact during cesarean section	There was no change in the indication of oxytocin
Immediate postpartum breastfeeding	Episiotomy
Partogram	Practice not performed
Influence of the partogram on care practice	Perform episiotomy, but selectively
Partogram update/adaptation needed	Modified episiotomy amount but not because of PPA
Courses for pregnant women with guided visits to maternity hospitals	There is still resistance to changing practice
Environment to acquire information	
PPA dissemination environment	
Integration with prenatal care	
Visit and course conducted by the professional nurse	
Number and duration of courses and visits	
Birth plan	
Instrument for providing information	
Instrument that favors previously constructed choices	
Professional approach and respect for the birth plan	
Diet during labor	
bland diet release	

Insertion of doulas

Unknown of the concept
"Doulas"

The doula hired by the woman
(no link with the health
institution)

Presence of companion

The woman is more comfortable

Analgesia for vaginal delivery

Decision on the use of analgesia
Anesthetist availability

Indication of analgesia based on
cervical dilation

Creation of a protocol for labor
analgesia

Limitations in the evolution of
labor after the use of analgesia
for vaginal delivery

RESULTS

The analysis of topics “change in the work routine” and “way of assisting women in labor” after the beginning of the PPA produced three analytical dimensions of the process of change in the care model, described below and synthesized in figure 1:

- (1) Incorporation of care practices: understood as the practices that were included from the implementation of the PPA;
- (2) Adaptation of the care practices: understood as practices carried out prior to the implementation of the PPA, but which underwent modifications with the implementation of the project;
- (3) Rejection of care practices: understood as those practices that were abandoned or called into question whether or not they should be carried out by hospital professionals.

Incorporation of care practices

In this category, we describe the incorporation of care practices by maternity hospitals into the PPA implementation process. Moreover, according to the report of the professionals interviewed, these incorporations signified innovation.

Among the practices incorporated is the provision of: information, communication, and education; birth plan; courses for pregnant women and families with guided visits to maternity hospitals; diet during childbirth; skin-to-skin contact and breastfeeding; non-invasive care technologies; and analgesia for women's vaginal labor.

Several strategies were used to offer information, communication, and education to women by different professionals and at various moments of their care, which tends to provide subsidies for the strengthening of women's autonomy and shared decisions, including the reduction of CS for professional convenience.

“When the patient was indicated by her doctor, then it was much more difficult. Today she comes, we already know about the Project, we try to guide her the best possible way. Many come with the idea of having a CS, because their doctor tried to induce it.” (Hosp05_Doctors)

“So much so, that it is not for nothing that we have increased our number of vaginal births. Also because pregnant

women are so much better informed. With this Adequate Childbirth Program they already get there with the birth plan, they already give it to the doctor. So the doctor will not arrive at the door and will indicate cesarean because he already sees that she is informed. And the doctor's posture changes a lot when he sees that the pregnant woman is already informed, that she is empowered, it is different than the one that comes without information. So it has certainly changed.” (Hosp05_Nurses)

Courses for pregnant women with guided visits to the maternity hospitals was another strategy, because it provides subsidies for the recognition by the woman and family of the hospital environment and the health team, in an approach prior to delivery. In addition, the professionals use this space in the course to publicize the maternity hospital's participation in the PPA, also using it as a marketing strategy to attract customers.

“[...] Our course is not a one-day course. It is a very dynamic course, rich in information. It ends with the guided visit [to the maternity hospital]. It is a monthly course.” (Hosp02_Nurses)

“We also have a monthly pregnancy course, and in this pregnancy course I take the opportunity to publicize the project. So, before finishing the course, I always talk about the PPA, [...] what it is and what its purpose is.” (Hosp02_Nurses)

Another strategy carried out by hospitals was the incorporation, encouragement and acceptance of the birth plan made by women. The understanding of the importance of women's choices during labor and delivery tends to change the focus of attention in obstetrics within the private health sector in Brazil. Currently, the power relationship between medical professionals and women still prevails, which ends up largely disregarding the decisions and planning of women during the gestational and parturient process.

“Obviously, we realize that it is improving. The birth plans are being more respected, in the past they did not exist, and now there is the birth plan for this project. So the least possible intervention is beneficial for the evolution of this labor.” (Hosp 05_Doctors)

“We have a birth plan, which we deliver to patients when they are hospitalized [...]. So, when the patient goes into labor and when she is able to answer our questionnaire, we already have this possibility. Every hour, at any time, if we have to do any procedure that escapes our routine a little, the patient will be guided, will be asked at all times. At no time do we take any approach that is not beneficial to the patient, unless there is some risk for the mother and the baby. Then we say: you have to do this procedure, because of this, this and that. But the patient is approached at all times in relation to this.” (Hosp 12_Nurses)

The diet during labor was described as incorporated by only one professional from one of the eight maternity hospitals, which suggests, considering the context of the country, that

there is already an institutionalization of this practice by the other hospitals.

“[...] diet, for example, used to leave every patient in labor on zero diet. Not today. A bland diet is released. So, I can see that this is changing.” (Hosp 02_Doctors)

There was also the introduction of non-invasive care technologies by obstetric nurses, strengthened by the adaptation of the environment and purchase of supplies to be offered during labor and delivery, in addition to being encouraged by medical professionals. These adaptations of the birth environment even modify the logic of control of the bodies for a new model of care, centered on women's wishes.

“It changed, in the sense that we have more structure to conduct this delivery. So, we have the ball, we have the horse, which they didn't have before, so when it comes to conducting more effective labor, I think it is favored too.” (Hosp10_Nurses)

“Bath therapy, which previously was almost not talked about, the usual well-being maneuvers in terms of pain.” (Hosp 05_Doctors)

“[...] there are some [women] who just lie down on the stretcher to induce with medication, but then they don't even lie down, they keep walking, on the ball, on the stool, so it's different, very different.” (Hosp 02_Nurses)

Another practice adopted was skin-to-skin contact and breastfeeding. Although already well established in Brazilian public institutions, in the private health sector scenario these practices were still not widespread and experienced by women.

“[...] I come from a school where we picked up the baby right away and then, I had it at the time, you know, I aspirated, until the baby had contact with the mother again it would take one hour, at least. So, I completely changed my approach, adapting myself precisely to the rules of PPA. The baby is born, he was born well, let his mother in skin contact. It often goes to the breast before we do the care. So, without any doubt, it completely changed the approach.” (Hosp 02_Doctors)

“So now, this mother / baby contact, breastfeeding is especially important, we are orienting them to breastfeeding, positioning the baby. This is very important. When I came, in the beginning, for pre-delivery, we didn't have that much about breastfeeding, you know, for an hour.” (Hosp 09_Nurses)

Birth analgesia is between the process of incorporation and adaptation of the practice (Fig. 1), since it had already been incorporated in some maternity hospitals and in others only after the PPA. The availability of anesthesiologists on duty was a major change indicated by professionals to promote the increase of vaginal deliveries in the institutions. Before the PPA, it seemed to be up to the obstetrician to bring or not the anesthesiologist to his team, and

consequently to make this practice available to women.

“I think what changed the most was this possibility of analgesia, which is still not possible so soon, but with seven (centimeters of cervical dilation) yes, that already helped a lot. Maybe this analgesia also generates a little more stress, because we know that sometimes you can have fetal bradycardia, so this gives a certain discomfort, but that we keep following.” (Hosp 12_Doctors)

Adaptation of care practices

In hospitals where analgesia for vaginal childbirth was already incorporated, the need for adaptations was noted in the professionals' speeches. For labor analgesia, the most frequently mentioned adaptation related the professionals' difficulty in valuing the pain threshold and the mother's desire to indicate labor analgesia, while the cervical dilation score was what substantiated the indication. This strengthens the hypothesis that adaptations to practices may be more difficult to be modified because they are already part of the daily routine and the intrinsic way of doing things of each professional.

“[...] most [professionals] do analgesia only with total dilation, or when it's very close to giving birth. Obviously, there are some cases that do with seven (centimeters of cervical dilation), but this is the minority of cases. So, when she does analgesia, the patient is already in the room to get a baby. Usually, they put Oxytocin, even if she was not conducting the delivery with Oxytocin before, usually they put it in the room, because when she does analgesia, the contraction is lowered and she has this difficulty to feel because of the block [...]” (Hosp 09_Nurses)

“So, we also have a lot of work, because it is like this: at first it is the obstetrician who decides the analgesia. It is not the woman. It's not the woman's pain, it's the obstetrician. [...] This is being changed too.” (Hosp 05_Nurses)

Regarding the use of the partograph, a tool that promotes a follow-up of labor, it has been incorporated more frequently during the PPA. However, at the time of the implementation of the PPA, the recommendation used was not the most recent in the literature. This allows us to reflect on the benefits of the insertion of this practice, but with the need to adapt to the best evidence. This reflection on adaptation is raised by the professionals.

“The use of the partograph for assistance in labor was significantly higher.” (Hosp 04_Doctors)

“[...] we still have a tool that is obligatory, and we must fill in, which is the partograph that I think is a great advance and is one of the tools of PPA, but it is still in the model of the WHO, which I think should be updated [...]. Because today is it like this: every two hours you have to play it. It is a guidance. There are already some guidelines that guide it for every four hours, but less than four hours there is no need. I joke with the nurses: the finger doesn't have an eye.” (Hosp 05_Doctors)

The perspective of CS indications was also modified after the PPA. It included

mechanisms such as indicating elective CS to be performed only above 39 weeks of gestational age, requiring professional justification for performing elective CS below 39 weeks, and the adoption of a consent form for women to be informed and authorize the surgery.

“[...] there is a whole training for this. And it's barred since the call, when the doctor calls to schedule [the CS], always ask: elective CS, how many weeks? But thirty-seven weeks, why? Why are you asking for a vacancy (to perform the surgery)?” (Hosp 01_Doctors)

“There has been a change. There is a CS form that the patient has to sign, or the husband.” (Hosp 02_Nurses)

In order to reduce the number of CS and promote vaginal birth there were consequently more cases of induction of labor. Therefore, it has been necessary, for example, to acquire specific drugs for induction, such as Misoprostol.

“[...] I can mention the increase in the rate of labor induction for patients, instead of CS.” (Hosp 04_Doctors)

“A patient who arrived with an unfavorable Bishop score [...] outside of labor, sometimes ended up in a CS, because we didn't have this device [Misoprostol]. Now, having it, improved.” (Hosp 09_Doctors)

In this sense, the routinely use of synthetic Oxytocin also changed. Professionals of most hospitals reported a change in culture, for use only in cases of induction of labor, in the postpartum, and for cases of postpartum hemorrhage. However, two professionals of Mat06, of all the interviewees, expressed that this practice has not changed after the PPA in the institution where they work.

“A lot of changes. Today Oxytocin is used is for an induction, if it's a postpartum, or something. [...] Use Oxytocin to accelerate, there's no more of that.” (Hosp 05_Nurses)

“But then, when i was hired by the hospital, Oxytocin use was routine. Does not do a dynamic and it already starts with Oxytocin. I didn't have the right protocols to follow, you know? But you realize that this is already changing.” (Hosp 05_Nurses)

“Oxytocin, [...] I believe it hasn't really changed, because I think that those who used it continue to use it.” (Hosp 06_Doctors)

The practice of episiotomy is still performed in all hospitals. However, according to the reports, there has been a decrease in its use, with most professionals, according to them, using it in a “selective” way. Even if slowly, professionals began to question the use of episiotomy, since there is no scientific evidence of its effectiveness. However, it is still far from a unanimous

acceptance.

“Episiotomy I was already using, selective episiotomy. When I was doing residency, we did seventy percent episiotomy. Now, today, we do twenty to thirty percent of episiotomy. So there is already a selection.” (Hosp 06_Doctors)

“Episiotomy, it is always at the discretion and when we see that there is a need, we ask the patient: do you authorize me to do the episiotomy? This is very controversial, in fact, because currently there are people who say they don't really need it, anyway, but when it is done, it is done with discretion and asking: do you authorize?” (Hosp 09_Doctors)

“I no longer see a doctor doing an episiotomy.” (Hosp 04_Nurses)

“Performing episiotomy, is a maneuver no longer used by our entire team.” (Hosp 04_Doctors)

Rejection of care practices

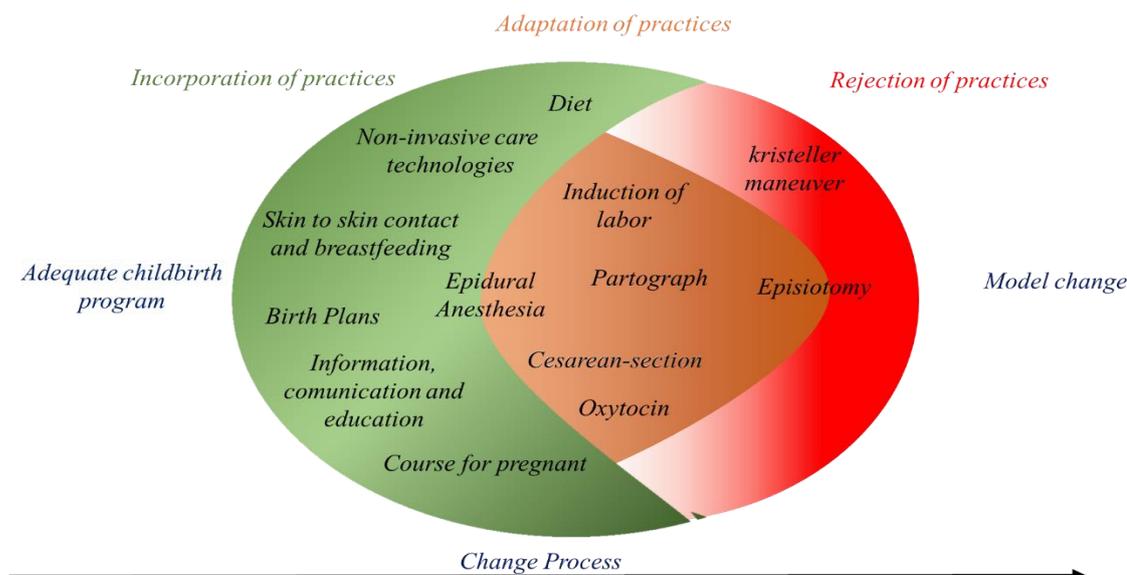
Most professionals have reported abandoning the practice of Kristeller. However, for the few who still mention the use of this practice, it has remnants of a need to take possession of the female body. This category demonstrates how difficult it is to let go of obsolete practices, which still conform a violent obstetric care, less woman-centered and exercised without scientific base. Therefore, we understand that the (de)construction of practices seems to be daily and continuous in hospitals.

“Kristeller has been abolished. We still used it in some situations, before the project and today it has been abolished. I never saw it again [...]. We started talking, like this, slowly, asking not to do it, in a nice way.” (Hosp 06_Nurses)

“Kristeller, I think I only saw it once. Because help was needed. But he (the doctor) talked to the woman.” (Hosp 05_Nurses)

Below (Figure.1) we present a synthesis of the results with the analytical categories of incorporation, adaptation and rejection of practices for the change of the obstetric model in private hospitals after the implementation of PPA.

Figure 1: Synthesis of the process of changing the care model in private hospitals in Brazil, after the PPA.



Source: created by authors

DISCUSSION

The model of obstetric care in force in Brazil is still predominantly marked by obsolete interventionist care practices that, for the most part, do not value women's wishes and expectations. An epidemiological survey conducted in the Brazilian territory, entitled “Born in Brazil”, in 2011/2012, found an excess of unnecessary obstetric practices during labor and delivery, with only 5% of women at usual risk without any intervention during the birth process [21]. This finding reinforces the need to change the obstetric care model in force in the country, especially in the private sector. Thus, the Adequate Childbirth Program encourages and promotes the incorporation, adaptation, and rejection of practices based on the best evidence in private hospitals in Brazil.

Thus, the intrinsic innovation of PPA is in the promotion of this new model of care, which corresponds to the transformation of the scenario, using technologies, processes, ways of caring and managing [22] in obstetric health institutions. Innovations can be carried out incrementally to what already existed in the context, or they can be implemented radically, excluding what existed before [23]. In the case of hospitals inserted in the PPA, we note that the change of model, still in a continuous process, occurs incrementally, as shown in figure 1.

In the context of each hospital inserted in the PPA study presented in this work, there

was the incorporation of practices that were not yet institutionalized, and one of them was the promotion of information, communication, and education in health [24]. WHO's guidelines recommends that there is clear communication between health professionals and parturient, thus ensuring the recognition of their rights regarding the entire birth process [25]. However, a study conducted in Brazil in 2020 revealed that women still remain uninformed about the benefits and harms of obstetric care practices, which ends up hindering their autonomy at the time of labor and the claims of their rights [26].

Corroborating the WHO guidelines [25] and keeping in mind that this is an ongoing process, the initiative of hospitals to offer health education, such as courses for pregnant women, maternity tours, and stimulus to the construction of the birth plan, exemplifies strategies to increase information, knowledge of women and better prepare them for the birthing process, and this includes inhibiting medically unjustified CS.

The incorporation of the use of practices with Non-Invasive Technologies of Care [27] goes through a change in professional behavior, in which the care relationship is modified and becomes shared, centered on the woman and the family. Such incorporation modifies the whole perspective of the current model, because in this new model, the skills and competences of the professional who assists the woman enhance her femininity in the scenario of labor and birth. In this context, in a sensitive and individual way, the development of non-invasive technologies of care involves relational attitudes, professional knowledge in obstetrics and the offer of objects and procedures such as the ball, the horse, therapeutic bath, music therapy, among others [27, 28].

This corroborates the results of this study, which shows that professionals perceive the woman's satisfaction when using these technologies. This path of change must be built daily in women's care settings, because many are still unaware of the importance of freedom of position during labor [29], besides the possibility of giving birth in vertical positions, as well as the

possibility of feeding during labor.

Proper monitoring of labor is essential for safe maternal and neonatal outcomes. The use of partographs as a labor monitoring tool is a strategy encouraged by health agencies worldwide. However, in recent years, the partograph's warning and action lines have been questioned as to their effectiveness because not all women progress 1 cm/hour during the first stage of labor. Some women progress more slowly. Recognizing the limitations of this tool and proposing the creation of an assessment that can better individualize women, the WHO recommendation is to continue to use the partograph's warning and action lines and its other aspects of labor assessment, but for women with suspected slower labor progression, it should be ensured that their physical and psychological needs are being met, to avoid misdiagnosis of cephalo-pelvic disproportion [25].

In a review on the use of partography during work, the lack of training of professionals to use the instrument, the lack of time to execute it properly, as well as the lack of institutional protocols to guide the conduct on the results of the partography were highlighted [30]. Given this and the reports of professionals, clinical updates will be necessary for the use of partography in hospitals inserted in the PPA.

Another recommended practice for pain relief, in healthy women who request its use, is pharmacological labor analgesia [25]. In Brazil, this right is guaranteed by the ordinances of the Ministry of Health NR2815/1998 and NR572/2000 [31, 32]. Regional analgesia by continuous or combined epidural technique with reduced doses is considered the gold standard [32], mainly because it provides effective pain relief, without removing the woman's participation during labor, it avoids maternal hyperventilation and increases maternal satisfaction [33].

Studies on the association of pharmacological analgesia for vaginal delivery with unfavorable neonatal outcomes showed that it can increase by about 3 times the chance of Apgar

score of the newborn in the first minute to less than 7. However, in the Apgar score of the fifth minute there was no such association, which may be related to the preparation of the team in relation to resuscitation maneuvers [32, 34]. Thus, the concern of the professionals interviewed is valid, when they understand that there is maternal satisfaction due to pain relief; however, there is also the need to prepare the team for neonatal care, when necessary.

Globally, CS rates tend to be higher in countries with more doctors in the territory; and in women living in large urban centers, with higher levels of economic development, with higher education and with lower fertility rates. Comparing wealthy women, especially those who give birth in private maternity hospitals, one notices higher rates of CS compared to poorer women [1]. In a local study, women more likely to have CS are those with higher levels of education, who live in places with better living conditions, who attend prenatal care, who are over 20 years old, and who have partners. In Brazil, this happens not only because of issues related to access to health services, but also because of contextual aspects of the health system organization, the obstetric care model, and sociocultural factors [4].

In this sense, even with the adjustment to the Brazilian population of the CS rate to about 25-30%, through the WHO C-Model [32], the development of various strategies in the field of obstetrics is still necessary to reduce the high rates of CS [35]. Understanding this, the hospitals inserted in the PPA started with good strategies to decrease CS rates that can serve as an example for other institutions.

Skin-to-skin contact regulates and maintains the baby's body temperature and cardiorespiratory stability soon after birth. This practice provides opportunities for breastfeeding in the first postpartum hour and tends to strengthen the emotional bond between mother and baby, and short episodes of crying and signs of stress in the newborn [36-38]. Moreover, skin-to-skin contact also stimulates the newborn to spontaneously seek the breast and start early breastfeeding.

This last practice is encouraged by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) when it establishes the Ten Steps for Successful Breastfeeding as the basis for the Baby-Friendly Hospital Initiative [37], by promoting maternal and neonatal benefits. Among the immediate benefits are the stimulation of maternal endogenous oxytocin release, which favors uterine contraction, reducing postpartum bleeding, and consequently, reducing maternal postpartum hemorrhage [36, 38]. The incorporation of the practices of skin-to-skin contact and breastfeeding by the professionals of hospitals inserted in the PPA, also reinforces the change in the care model, centering care on the woman and the newborn.

With regard to episiotomy, the literature recommends its selective use in women with spontaneous vaginal delivery. However, as there is no evidence to support the effectiveness of its use, even if selectively, the most recent WHO manual preferred to emphasize that its routinely use is not recommended. Moreover, it reinforces that in cases where the procedure must be performed, local anesthesia and the woman's consent are essential [25]. In Brazil, the use of episiotomy is still extremely high, varying from institution to institution, but there is a higher frequency of this practice especially in primiparous women and more frequently in the private sector, even if the woman is considered of usual risk [21].

WHO's recommendations [25] highlight the evidence that women are afraid of interventions such as episiotomy and that when there is a need for this practice to be "indicated", such women would like to have more information about the procedure, in addition to it being performed by a competent professional. Furthermore, most women do not have the necessary information about why the procedure should be performed and what care should be taken afterwards, and they rarely have their permission requested [25]. The speech of hospital professionals included in the PPA reinforces WHO's proposal, but still in a transition phase between the adequacy of the practice and its rejection. This path of change is arduous and

difficult to achieve due to the fact that this practice is considered as normal in Brazilian institutions, since the idea that episiotomy facilitates childbirth still exists.

The use of the Kristeller maneuver at the time of fetal expulsion is contrary to the best evidence, suggesting that there is little or no difference in the time of fetal expulsion when pressure is applied or not to the uterine fundus. In addition, low certainty evidence suggests that women who receive the Kristeller maneuver may experience more pain after birth, and that birth trauma, including fractures and bruising, may occur. Furthermore, concerns regarding the practice of uterine pressure are due to the possibility of serious harm such as uterine and other organ rupture, and maternal and perinatal death. The use of such practice without seeking the woman's consent may be considered an abuse of human rights [25].

Between 2011 and 2017, there was a considerable increase in the proportion of women who had access to technologies for labor and delivery (presence of a companion, attendance by an obstetric nurse, use of partogram, use of non-pharmacological methods, ambulation during labor and delivery, feeding and position for delivery) and decline in practices such as peripheral venous catheter use, episiotomy, and Kristeller maneuver. The private sector also observed declining cesarean rates and increasing gestational age at birth. The study's findings, which compared two improvement programs in the Brazilian obstetric industry, demonstrate that well-designed public policies can change how care is provided during labor and delivery, helping to reduce adverse outcomes for mothers and newborns [40].

Initiatives to increase the information and participation of women and to modify hospital routines can be strategies to reduce cesarean sections, used mainly in high-income countries, such as changing the form of reimbursement to health institutions and organizations; and creating or strengthening mechanisms for legislatures and politicians to bar medically unjustified elective cesareans and stimulus to the construction of the birth plan [40-44].

The lack of proportion of participants in “more integrated” and “less integrated” to the

PPA can be considered a methodological limitation of the study. In addition, not known whether such changes presented in the results also happened due to other political, legislative, and women's movement interventions that may have occurred concomitantly in the country or health institutions. Future studies that reflect the implementation of the PPA from other perspectives, such as the voices of maternity heads and women, are necessary. Many of these articles are already in the process of being published by the research team.

CONCLUSION

After the PPA, there were adjustments made to the hospital's routine and the care given to women. Skin-to-skin contact, breastfeeding, food during labor, non-invasive care technology, birth plans, prenatal with guided hospital visits (for expectant mothers and their families), and analgesia for vaginal delivery included by professionals. Hospitals modified their current procedures to decrease CS without a clinical reason and to better monitor labor and vaginal birth. And lastly, because recent research has shown that the practice of applying the Kristeller maneuver is ineffective, the professionals rejected it. We can draw the conclusion that the hospitals included in this study have tried to alter their obstetric model.

It is expected that these practices, which are constantly changing, will produce positive impacts on the obstetric care model and, consequently, on the safety and satisfaction of women in the labor and birth process. The contextual aspects of each hospital, the organization of the health system, and the management stimulus has influenced the process of change through the PPA implementation.

Therefore, the sustainability of such change transitions in a long-term culture modification, professional training, continuous monitoring and evaluation of clinical practice, in addition to the influence of hospital management in the face of innovation. It is concluded that the professionals interviewed reported a reorganization of the ways to know and care for obstetrics after the implementation of the PPA.

DECLARATIONS

Ethics approval and consent to participate

The “Healthy Birth” study was approved by the research ethics committee of the Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz (CAAE research protocol: 1.761.027, approved on January 16, 2017). All women received and signed the Free and Informed Consent Form prior to the interview and all precautions were taken to maintain the confidentiality of the information.

Consent for publication

Not applicable

Availability of data and materials

All data generated or analysed during this study are included in this published article. The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This work was supported by fundings from Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bill & Melinda Gates Foundation, Edital MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates N ° 47/2014 and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Brazil) – Finance Code 001. The funders had no influence in the identification, design, conduct, and reporting of the analysis.

Authors' contributions

JAT, AR, MLG conceived and designed the study. AR, DCCO, LRAM collected the data. DCCO, MLG, TS, AR, LRAM, JAT, EME analyzed and interpreted the data. DCCO, drafted the manuscript in collaboration with MLG, TS, AR, LRAM, JAT, EME. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

Not applicable.

References

1. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10155):1341–8. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
2. ANS AN de SS. Histórico - Linha do tempo [Internet]. [citado 13 de fevereiro de 2021]. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9779):1778–97. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
4. Occhi GM, de Lamare Franco Netto T, Neri MA, Rodrigues EAB, de Lourdes Vieira Fernandes A. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10155):1290–1. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32407-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32407-3)
5. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;
6. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is

- the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. 2015.
7. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Bras Minist da Saúde. 2004;(Brasília: Ministério da Saúde,):20p.
 8. BRASIL MPF. Justiça Federal da 3ª Região PJe - Número:5005407-46.2019.4.03.6100. 24ª Vara Cível Fed São Paulo. 2010;2-5.
 9. Pietrobon L, Lenise M, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor Supplemental health in Brazil: the role of the National Agency of Supplemental Health in the sector's regulation. *Physis*. 2008;18(4):767-83.
 10. Torres JA, Leal M do C, Domingues RMSM, Esteves-Pereira AP, Nakano AR, Gomes ML, et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health*. 2018;
 11. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 5th Editio. Press F, organizador. 2003. 576 p.
 12. Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220.
 13. Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. *Nursing research*, 17(4), 364.
 14. Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27.
 15. de Souza Minayo, M. C. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista pesquisa qualitativa*, 5(7), 1-12.
 16. Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2007). Sampling designs in qualitative research: Making the sampling process more public. *Qualitative Report*, 12(2), 238-254.
 17. Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
 18. Flick U. *An Introduction To Qualitative Fourth Edition*. SAGE Publ. 2009;
 19. MAXQDA. MAXQDA - Software for qualitative data analyses [Internet]. VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH. 2020. Available at: Available from maxqda.com
 20. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, December 2007, Pages 349-357, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 21. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1):17-32.
 22. Gadelha CAG, Temporão JG. Development, innovation and health: The theoretical and political perspective of the health economic-industrial complex. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1891-902.
 23. Learning M, Cookbook R. Relatório de Primavera 2008 - Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas. *Obs Port Sist Saúde*. 2008;
 24. Cardoso IS de AJM. *Comunicação e Saúde*. 1ª reimpre. Brazil.: Editora Fiocruz; 2007. 152 (30-32).
 25. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available at:

- <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
26. Vidal ÁT, Barreto JOM, Rattner D. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:1.
 27. Nascimento NM do, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR de, Vargens OM da C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):456–61.
 28. Prata JA, Ares LPM, Vargens OM da C, Reis CSC dos, Pereira AL de F, Progianti JM. Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):1–8.
 29. Niederauer C, Pedroso S, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. 2017;
 30. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014;1-7 (14:281). Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/281>
 31. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017. 53 p.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto , Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher [Internet]. Vol. 13, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010. 44–55 p. Available at: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011704055%5Cnhttp://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2392%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0100-72032014000400152&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://pepsic.bvsalud.org/s
 33. Cunha A de A, Gribel GP da C, Palmiro A. Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia. *Fem Publicação ofi cial da Fed Bras das Assoc Ginecol e Obs*. 2020;48:555–60.
 34. Silva, Yasmin Aparecida Pires et al. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. 5 [Accessed 10 July 2022] , e20180757. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>>. Epub 01 July 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>.
 35. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharoux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): A multicountry cross-sectional study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(3):427–36.
 36. Organization PAH. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. 2. ed. Washington, DC;
 37. Abdala LG, Cunha MLC da. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clin Biomed Res*. 2018;38(4):356–60.
 38. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2019;108(7):1192–204.
 39. Organization WH, (UNICEF) the UNCF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Vol. 48, *Pediatric Clinics of North America*. Geneva; 2018. 475–483 p.
 40. Leal, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 7

[Acessado 10 Julho 2022] , e00223018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>>. Epub 22 Jul 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.

41. Opiyo N, Young C, Requejo JH, Erdman J, Bales S, Betrán AP. Reducing unnecessary caesarean sections: scoping review of financial and regulatory interventions. *Reprod Health*. 2020 Aug 31;17(1):133. doi: 10.1186/s12978-020-00983-y. PMID: 32867791; PMCID: PMC7457477.
42. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P, Gruen RL, Betran AP. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 28;9(9):CD005528. doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub3. PMID: 30264405; PMCID: PMC6513634.
43. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, Souza KV, Pena ED. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019, v. 35, n. 6. ISSN 1678-4464. doi.org/10.1590/0102-311X00143718.
44. Gomes RPC, Silva RDS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GDL, & Souza K VD. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *Revista mineira de enfermagem*. 2017, v. 21. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>

APÊNDICE 4 - ARTIGO 3: O TRABALHO DE PARTO SEM O PARTO: A INSUFICIÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE EM OBSTETRÍCIA NO SETOR PRIVADO.

Título: O trabalho de parto sem o parto: a insuficiência da interprofissionalidade em obstetria no setor privado.

Autores: Débora Cecília Chaves de oliveira; Jacqueline Alves Torres; Elyne Montenegro Engstrom.

Resumo: Introdução: O “Projeto Parto Adequado” (PPA) é um projeto de melhoria da qualidade que visa reduzir as altas taxas de cesáreas desnecessárias nos hospitais privados brasileiros e desdobrou em estudos avaliativos em diferentes abordagens. Objetivo: explorar as influências da implantação do PPA sobre as relações interprofissionais, em uma amostra de hospitais privados brasileiros. Método: O estudo Nascer Saudável é uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos mistos para analisar a implementação e os efeitos do PPA em 12 hospitais privados que participaram do projeto. Oito dos 12 hospitais foram selecionados para uma abordagem qualitativa, foco deste artigo. Em cada hospital, de julho a outubro de 2017, realizou-se entrevistas presenciais com médicos (n = 21) e enfermeiras (n = 28), por meio de roteiros semiestruturados, para avaliar a implantação das atividades do PPA voltadas à reorganização do modelo de cuidado no parto e nascimento. Realizou-se sistematização das narrativas em categorias emergentes com análise temática de conteúdo. Resultados: A análise dos aspectos “mudança na rotina de trabalho e no cuidado à mulher” produziu duas dimensões analíticas das relações profissionais no trabalho: (1) *Gatilhos para a mudança da cultura cesarista*, em que demonstrou que os médicos plantonistas e os médicos recém-formados dos hospitais tiveram maior facilidade em adequar as mudanças propostas pelo PPA; que a instrumentalização dos profissionais para o monitoramento dos indicadores foi importante para nortear as mudanças de prática; e que a indução da gestão pode ser definidora para incentivar os médicos à mudança. (2) *Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto*, em que demonstrou que houve inserção da enfermagem obstétrica em todos os hospitais inseridos no estudo; houve mudanças no comportamento da enfermagem com relação corresponsabilização do processo de parto e nascimento; porém, a influência do uso prático da interprofissionalidade no setor privado brasileiro está intrinsecamente ligado a uma “produção de saúde” seccionada, não integral e ainda com dificuldades em trabalhar de forma colaborativa. Conclusões: As relações interprofissionais na prática obstétrica ainda precisam estabelecer um único foco alvo, o cuidado baseado em evidências científicas para as mulheres e suas famílias durante o parto e

nascimento.

Palavras-Chave: Educação Interprofissional; Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica; Setor privado; Parto.

Abstract: Background: The “Projeto Parto Adequado” (PPA) is a quality improvement project that aims to reduce unnecessary cesarean sections in Brazilian private hospitals and has been deployed in evaluative studies in different approaches. Objective: To explore the influences of the implementation of the PPA on interprofessional relationships in a sample of Brazilian private hospitals. Method: The Healthy Birth study is evaluative research that used mixed methods to analyze the implementation and effects of the PPA in 12 private hospitals that participated in the project. Eight of the 12 hospitals were selected for a qualitative approach, the focus of this article. From July to October 2017, face-to-face interviews were carried out in each hospital with doctors (n = 21) and nurses (n = 28) using semi-structured scripts to assess the implementation of PPA activities aimed at reorganizing the model care during labor and birth. Narratives were systematized into emerging categories with thematic content analysis. Results: The analysis of the aspects of “change in the work routine and the care of women” produced two analytical dimensions of professional relationships at work: (1) Triggers for the change in the cesarean culture, which demonstrated that physicians on duty and newly -Hospital graduates found it easier to adapt the changes proposed by the PPA; that the instrumentalization of professionals to monitor the indicators was essential to guide changes in practice; and that management induction can be defined to encourage physicians to change. (2) Obstetric nursing in the private sector: work without childbirth, in which it demonstrated that obstetric nursing was included in all hospitals included in the study; there were changes in nursing behavior regarding co-responsibility for the labor and birth process; however, the influence of the practical use of interprofessional in the Brazilian private sector is intrinsically linked to a sectioned, non-integral “health production” that still has difficulties in working collaboratively. Conclusions: Interprofessional relationships in obstetric practice have yet to establish a single target focus, evidence-based care for women and their families during labor and birth.

Key Words: Interprofessional Education; Obstetrics; Nurse Midwives; Private sector; Parturition.

INTRODUÇÃO

A interprofissionalidade em saúde tem como foco principal o trabalho colaborativo entre as profissões no âmbito do cuidado, devendo se desdobrar para ações coletivas que melhorem

a qualidade dos serviços de saúde (BARR, 2005). Instigar essa forma de trabalho, não é algo tão simples, visto que, desde a formação acadêmica pouco são os incentivos a trabalhar de maneira coletiva e colaborativa, respeitando e compartilhando diferentes formas de saberes e fazeres. A interprofissionalidade estimula a prática comunicativa eficiente; o cuidado integral à saúde com promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; e educação em saúde (ALVES et al., 2021).

O entendimento sobre a multicausalidade do processo saúde-doença nos encoraja a trabalhar de forma colaborativa e interprofissional para mitigar situações complexas em saúde (SALUD et al., 2011). A interprofissionalidade, acontece como uma relação de trabalho entreposta por afetos em que atravessa as diversas formações acadêmicas para melhor interpretação de fenômenos em saúde, partindo da colaboração e da integração de saberes e fazeres a fim de modificar práticas em um campo comum de intervenção (ELLERY, 2014).

Ao nos retirarmos exclusivamente da lógica da uni profissionalidade, em que a disputa pelo poder e prestígio é centralizado na figura do profissional e não dos usuários, apontamos automaticamente para a potência do trabalho interprofissional. Dessa forma, há uma quebra de paradigma no modelo assistencial, pois permite ampliar a compreensão do ato de cuidar. Considerando o quão complexo é o processo de saúde-doença-cuidado, amplia-se os saberes e as práticas restritas aos núcleos uni profissionais de atuação, para um campo ampliado do trabalho, de modo a efetivar a integralidade do cuidado em saúde (CAMPOS, 2000)

Na obstetrícia brasileira, a centralidade do cuidado às mulheres e suas famílias ainda não é o foco principal da maioria das organizações de saúde, seja no setor público ou privado (GONZALEZ, 2014; LANSKY et al., 2019). A colaboração interprofissional poderia ampliar tal discussão de prevenção quaternária em obstetrícia, reverberando para manutenção da segurança, integralidade do cuidado e humanização do parto e nascimento (TESSER et al., 2015).

No contexto mundial, suscita-se para uma cultura de atuação em obstétrica centrada nas mulheres e suas famílias, havendo uma grande valorização do ato de parir e nascer em sua singularidade (MANN; LOWN; TOUW, 2020). Para isso, há em crescente, uma interface do cuidado com diversas profissões, não somente para a colaboração, mas também, para o compartilhamento de práticas, metas e objetivos em uma relação de interdependência (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Ao compartilhar práticas, há o desenvolvimento, por diferentes profissões, de um campo conjunto de atuação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Nestes, há também maiores barreiras: individuais, culturais, de formação

profissional, organizacionais e de atuação dos próprios Conselhos Profissionais (DA SILVA et al., 2015; VILELA; AMADO, 2018).

No que tange ao cuidado compartilhado em obstetrícia, temos avanços com relação ao exercício multiprofissional das categorias médicas, de enfermagem obstétrica, da fisioterapia e das doulas, o que não exclui a existência de tensões e disputas dos campos do saber-fazer, e ainda com pouca relação interprofissional entre as categorias (HERCULANO et al., 2018; SANTOS et al., 2017). Além disso, no contexto do setor privado em obstetrícia, há ainda, a manutenção da reserva de mercado com a centralidade na figura médica.

Considerando que no Brasil as taxas de cesáreas se apresentam em torno de 55%, com proporções diferentes para o setor público (41%) e o setor privado (83%) (OCCHI et al., 2018), estão discrepantes do ideal recomendado pela Organização Mundial de Saúde, de 10-15% (BETRAN et al., 2015; WHO, 1985). Tais resultados, são consequência do modo de cuidar, o qual não valoriza e centraliza as mulheres e suas famílias no contexto do parto e nascimento. Por conseguinte, o cuidado pautado pela interprofissionalidade se torna mais complexo de ser executado (PALHARINI, 2017).

Entendo este contexto, o movimento de mulheres denunciou a Agência Nacional de Saúde Pública, órgão regulador da saúde no setor privado, ao Ministério Público Federal a fim de diminuir as altas taxas de cesáreas. Houve então, como resposta a denúncia, a criação de uma intervenção intitulada Projeto Parto Adequado (PPA), com propostas de modificar as práticas obstétricas e melhorar o cuidado às mulheres, bebês e suas famílias (TORRES et al., 2018b).

O PPA foi apresentado aos hospitais como propulsor de mudanças por meio de direcionadores de governança; participação das mulheres e famílias; reorganização do cuidado; e monitoramento. No direcionador, reorganização do cuidado, um dos aspectos chave para sua implantação era o trabalho colaborativo entre enfermagem obstétrica e medicina durante o trabalho de parto e parto. Nesse sentido, cabe a este artigo o objetivo de explorar as influências da implantação do Projeto Parto Adequado sobre as relações interprofissionais em obstetrícia, numa amostra de hospitais privados brasileiros.

MÉTODO

Reconhecendo a importância da intervenção Projeto Parto Adequado à saúde das mulheres e crianças no Brasil, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) propôs e conduziu uma avaliação intitulada “*Nascer Saudável: estudo*

prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil” a fim de analisar a implantação e os efeitos do PPA em uma amostra de 12 hospitais, por meio de métodos mistos de análise (TORRES et al., 2018) .

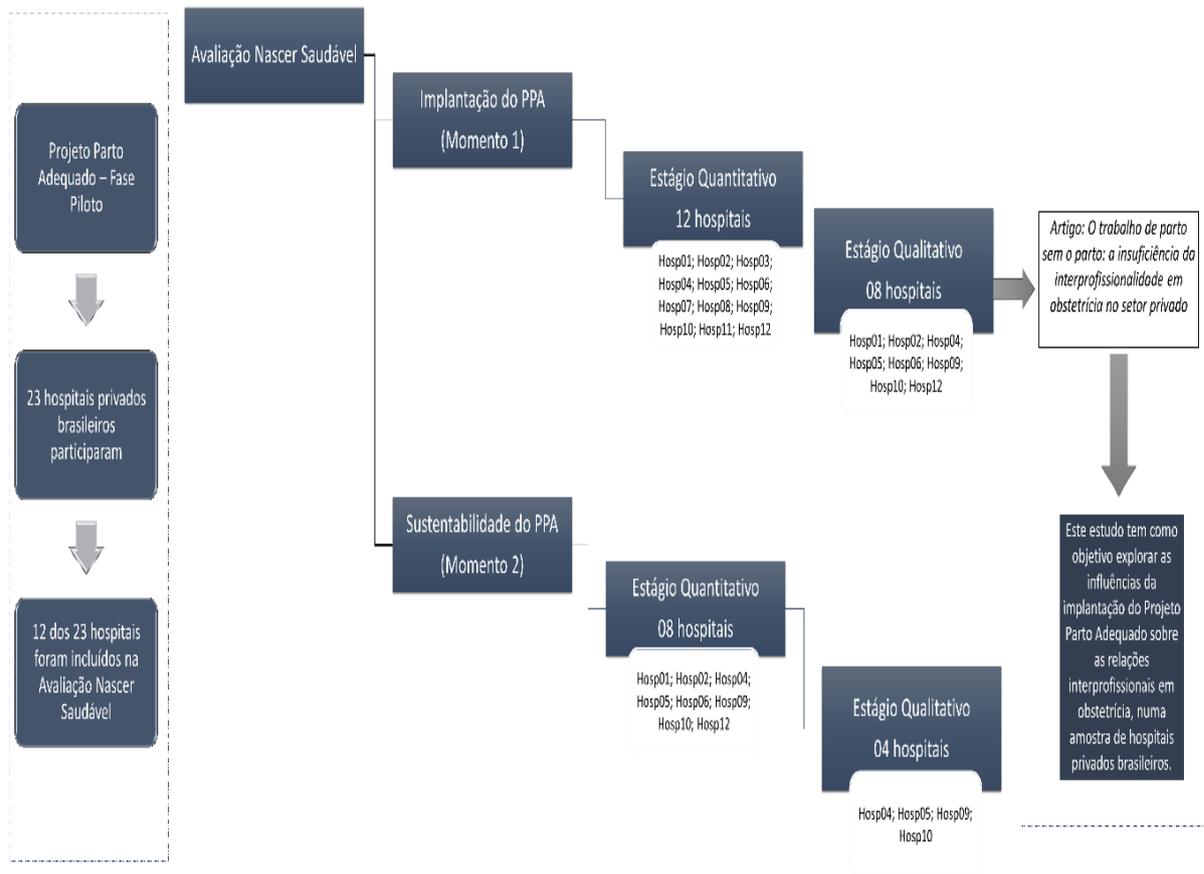
A pesquisa foi realizada em dois momentos distintos para coleta de dados. O primeiro [M1], que teve como foco a avaliação do grau de implantação e o efeito da intervenção; e o segundo momento [M2], que teve como foco a avaliação da sustentabilidade da intervenção. Torres et al (2018) e Domingues et al (2019) fornecem mais informações sobre a coleta de dados, elementos contextuais e métodos da pesquisa Nascer Saudável.

Tipo de estudo e subamostra

Integrado a esta avaliação, este artigo desenvolve estudo do tipo exploratório, com abordagem do tipo qualitativa. Para esta análise qualitativa, foram selecionados de forma intencional uma subamostra de 08 (oito) hospitais (Hosp01; Hosp02; Hosp04; Hosp05; Hosp06; Hosp09; Hosp10; Hosp12). Os critérios de inclusão desta subamostra foram localização da maternidade de acordo com a macrorregião do país; o tipo de maternidade pertencente ou não a operadoras de planos de saúde; e desempenho da maternidade em alcançar metas para diminuir cesáreas (dados fornecidos pelo monitoramento da ANS/PPA) (TORRES et al., 2018).

Utilizou-se dados do M1 (implantação do PPA) (Fig. 1) no seu componente qualitativo, com os 08 (oito) hospitais, codificados como: Hosp01; Hosp02; Hosp04; Hosp05; Hosp06; Hosp09; Hosp10; Hosp12. Ao caracterizá-los, todos estão inseridos no setor privado, porém, apresentam naturezas organizacionais diferentes quanto ao pertencimento ou não às Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e estão inseridos em 03 (três) das 05 (cinco) regiões do país e em 06 Unidades Federativas, descritos na Tabela 1.

Figura 1: Processo de seleção dos hospitais participantes.



Fonte: Criação própria.

Tabela 1: Caracterização dos hospitais.

	Hosp 01	Hosp 02	Hosp 04	Hosp 05	Hosp 06	Hosp 09	Hosp 10	Hosp 12	Todos os hospitais
Região do País	Nordeste	Sudeste	Sudeste	Sudeste	Sul	Sul	Sudeste	Sudeste	03 regiões
Unidade Federativa (UF)	Ceará	Rio de Janeiro	São Paulo	Espírito Santo	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	São Paulo	São Paulo	06 UF
Pertencente a Operadora de Plano de Saúde (OPS)	OPS	Não pertencente a OPS	Não pertencente a OPS	OPS	Não pertencente a OPS	OPS	Não pertencente a OPS	Não pertencente a OPS	03 OPS e 05 Não pertencente a OPS

Fonte: autoria própria.

Seleção dos profissionais participantes

A técnica utilizada para selecionar os profissionais participantes foi a *Snowball* (amostragem bola de neve) (VINUTO, 2014), uma forma de amostra não probabilística que se concentra nas cadeias de referência, utilizada principalmente em estudos exploratórios. As entrevistas foram realizadas com informantes-chave do corpo clínico (médicos e enfermeiras), indicados pelo líder do projeto no hospital entre os profissionais mais integrados e os menos integrados ao PPA. Foram então, selecionados 49 profissionais ligados diretamente a assistência às mulheres, sendo 21 médicos e 28 enfermeiras.

Coleta de Dados

O treinamento das entrevistadoras que realizaram a coleta de dados foi realizado de duas formas: de forma presencial para 02 (duas) treinadoras e de forma remota para outras 02 (duas) treinadoras. Nestes treinamentos, houve a leitura do instrumento, apresentação de técnicas para condução das entrevistas, das observações do campo e sobre a importância dos registros.

Com relação à caracterização das 04 (quatro) entrevistadoras que realizaram a coleta dos dados: foram todas mulheres, com formação acadêmica em Enfermagem Obstétrica, Obstetrix e História. As historiadoras eram pesquisadoras em saúde coletiva; a Enfermeira Obstétrica e a Obstetrix eram pesquisadoras em saúde das mulheres; e todas já tinham experiência prévia com coleta de dados para pesquisa. O interesse destas entrevistadoras em adentrarem ao campo foi principalmente por todas já trabalharem com pesquisa ou na prática assistencial com a saúde das mulheres.

Antes da entrada ao campo para coleta de dados, foram realizados testes piloto dos roteiros em uma maternidade do estado do Rio de Janeiro/Brasil, a qual estava inserida no

Projeto Parto Adequado, porém esta maternidade foi excluída na amostra de hospitais da avaliação Nascer Saudável. Essa fase possibilitou realizar ajustes e validação dos roteiros de entrevistas.

A equipe de pesquisa estabeleceu contato prévio com os gestores das instituições antes do início do estudo, de modo a acordar as datas as quais as entrevistadoras iriam ser inseridas no campo para coleta dos dados, além de toda liberação das considerações éticas.

A imersão nos hospitais aconteceu durante um período de 05 (cinco) dias, de julho a outubro de 2017, em que a equipe de pesquisa realizou as entrevistas com os profissionais. Utilizou-se roteiro semiestruturado direcionado aos profissionais em que contemplou os eixos: processo de decisão e participação; estratégias; prática assistencial; e resultados.

A realização das entrevistas aconteceu nas próprias instituições hospitalares, manteve-se a privacidade em salas que pudessem ter as portas fechadas e ausente de outras pessoas, permanecendo na sala somente o entrevistador e o entrevistado. Não houve um período de tempo pré-estabelecido para duração da entrevista (média de quarenta minutos), o que variou conforme o engajamento no projeto e as características subjetivas de cada entrevistado. As entrevistas foram gravadas por áudio. Durante este processo, não houve necessidade de repetir entrevistas. As notas de campo foram realizadas ao final de cada campo hospitalar.

Posteriormente as entrevistas foram transcritas por uma profissional independente. Tais transcrições não foram devolvidas aos participantes para avaliação, comentários e correções. No entanto, para ordem de validação interna das transcrições, houve revisão pela equipe de pesquisa.

Com relação à saturação dos dados é válido ressaltar que a pesquisa qualitativa, diferente da quantitativa, não se fundamenta em quantos indivíduos devem ser ouvidos, mas na intensidade do fenômeno e abrangência a qual os atores estão ligados ao objeto pesquisado. Isso reforça a importância do refinamento diante da seleção dos entrevistados. No entanto, utilizou-se do mínimo recomendado de pelo menos, 20 a 30 entrevistas para investigações qualitativas (MINAYO, 2017).

Armazenamento dos dados

Trabalhou-se na construção e análise do banco de dados no software MaxQda (VERBI SOFTWARE, 2019). Durante a etapa de construção do banco de dados as entrevistas foram inseridas, organizadas e criptografadas no software de acordo com: o momento da pesquisa avaliativa; o ID do hospital em que o entrevistado foi vinculado; a categoria profissional

pertencente; e por fim, um número identificador profissional. Todas as citações deste artigo contemplam somente a profissão do entrevistado, a fim de garantir o anonimato dos entrevistados.

Análise dos Dados

Para alcançar o objetivo deste artigo, a análise se deteve no eixo prática assistencial dos dados coletados, os quais foram explorados os seguintes aspectos: a mudança na rotina de trabalho e a forma de assistir a parturiente, após o início da implantação do PPA.

Realizou-se então, a categorização aberta gerando segmentos amplos. Com o refinamento destes segmentos, foi gerada uma lista dos códigos, etapa denominada codificação axial. Partindo desta lista de códigos, fez-se uma associação indutiva para a criação das categorias (FLICK, 2009). A lente analítica foi permeada pelo conceito de interprofissionalidade (BARR, 2005).

Para interpretação dos dados, as falas dos entrevistados e suas respectivas codificações foram validadas por integrantes do grupo de pesquisa, em que, houve também, coparticipações reflexivas sobre os procedimentos interpretativos de toda fase analítica (FLICK, 2009).

As categorias construídas nesta análise foram intituladas: “Gatilhos para a mudança da cultura cesarista” e “Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto”. Para a interpretação dos dados, o conteúdo dos entrevistados e suas respectivas codificações foram autenticadas por integrantes do grupo de pesquisa com coparticipação reflexiva nos procedimentos interpretativos de toda a fase analítica.

Aspectos Éticos e de Qualidade

Este artigo faz parte de um conjunto de publicações da Tese de Doutorado da primeira autora. Foi aprovado pelo CAAE: 1.761. 027 em 16 de janeiro de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Este trabalho contou com financiamento do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação Bill & Melinda Gates, Edital MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates nº 47/2014 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Brasil) - Código Financeiro 001. Os financiadores não tiveram influência na identificação, desenho, condução e relato da análise.

Os participantes da pesquisa foram informados e confirmaram o interesse em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como guia metodológico direcionado à pesquisa qualitativa, utilizou o *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (SOUZA et al., 2021).

RESULTADOS

O grupo de profissionais entrevistados (n = 49) foi composto por médicos (n = 21) e enfermeiras (n = 28), sendo 81,7% do sexo feminino e 16,3% do masculino. O número de entrevistados foi diferente para cada hospital, pois considerou as características de cada instituição, descritos na tabela 2.

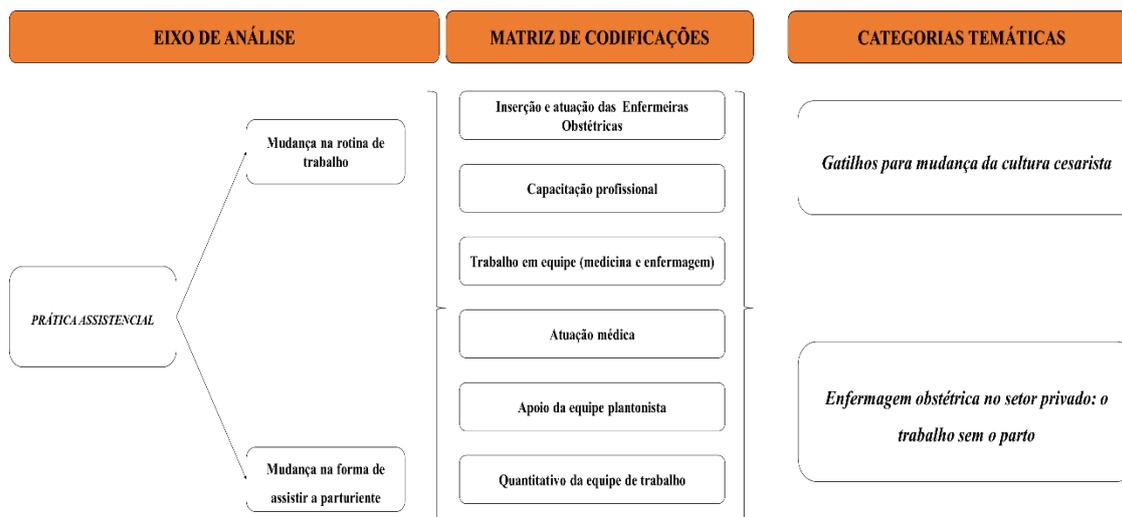
Tabela 2 - Caracterização dos entrevistados por hospital, cargo profissional e gênero.

	Hosp 01	Hosp 02	Hosp 04	Hosp 05	Hosp 06	Hosp 09	Hosp 10	Hosp 12	Todos os hospitais		
Cargo Profissional e Número de Participantes (total=49)										n	%
médico	n	2	2	3	3	2	2	3	4	21	42.9
	%	28.6	40.0	50.0	50.0	40.0	28.6	50.0	57.1		
enfermeira	n	5	3	3	3	3	5	3	3	28	57.1
	%	71.4	60.0	50.0	50.0	60.0	71.4	50.0	42.9		
Todos		7	5	6	6	5	7	6	7	49	100.0
Categoria profissional "Medicina" por gênero (total=21)										n	%
Feminino	n	2	2	1	1	1	2	2	2	13	61.9
	%	100.0	100.0	33.3	33.3	50.0	100.0	66.7	50.0		
Masculino	n	0	0	2	2	1	0	1	2	8	38.1
	%	0.0	0.0	66.7	66.7	50.0	0.0	33.3	50.0		
Categoria Profissional "Enfermagem" por gênero (total=28)										n	%
Feminino	n	5	3	3	3	3	5	3	3	28	100.0
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
Masculino	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

Fonte: autoria própria.

Esta seção será apresentada com base nas duas categorias construídas no decorrer do processo de análise: *Gatilhos para mudança da cultura cesarista* e a *Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto* (Figura 2).

Figura 2: Síntese do processo da análise temática de conteúdo.



Fonte: autoria própria.

Gatilhos para mudança da cultura cesarista

De um modo geral, os entrevistados revelam que ao iniciar a implantação do PPA nos hospitais, houve inquietação da equipe para com as mudanças propostas. Os médicos externos ao quadro de plantonistas do hospital, ou seja, médicos credenciados para realizar procedimentos que não cumpriam carga horária completa como os médicos plantonistas, tiveram maior dificuldade de se adequar aos critérios para indicação de cesáreas e metas propostas pelo projeto e aceitas pelo hospital. Enquanto, os profissionais plantonistas tinham um vínculo maior com o hospital, eram mais aderidos à cultura organizacional e tiveram maior disponibilidade, percebida pela equipe, para mudança de mentalidade e maior prontidão para o parto humanizado.

Toda mudança gera um certo tumulto no começo. Então, no começo foi meio tumultuado, até acontecer todos os ajustes. Não foram tanto os médicos internos, mas o Projeto, para os médicos externos, teve uma certa fala diferente [...]. Porque a maioria dos nossos partos hoje, eles são realizados por médicos externos, que grande parte são cesaristas. Então, teve que ter um cuidado nisso. Como abordar, mostrar como o hospital estava trabalhando isso, estava buscando uma assistência diferenciada, essas gestantes, essas mulheres. Então, no começo foi um pouco tumultuado, até mesmo para nós, que estávamos ali na rotina. Mas ao longo dos dias, foram se ajustando e aí eles foram entendendo mais o que era o Projeto em si. (Enfermeiro)

Os médicos recém-formados, tiveram maior facilidade de se adequar as mudanças propostas para assistência ao parto e nascimento nas instituições, nos principais eixos de mudança de modelo, como as práticas relacionais, de acolhimento, de decisão compartilhada com a mulher, e de prática baseada em evidência científica.

Então, para mim, eu sou nova, eu já venho de uma formação muito mais humanizada

do parto do que a geração anterior de obstetras. Eu acabei minha residência tem dois anos. Então, coisas que eu via, às vezes, professores meus ou status mais velhos, fazendo, são coisas que eu nunca fiz. Então, eu não mudei, porque quando eu comecei a atuar, a gente já tinha toda essa discussão e a gente já não vem mais fazendo as coisas que se faziam antigamente. Por exemplo: episiotomia, ocitocina, amniotomia, então, são coisas que eu nunca fiz e que eu não faço, de praxe. Lógico que, se for necessário, sim, mas, nunca foi da minha rotina. Já nasci como obstetra, dentro desse meio, já com essa nova discussão. Então, pra mim não mudou tanto. (Médico)

Os médicos sobem com a paciente, avaliam a paciente, de tempo em tempo, acompanham o trabalho de parto e o relacionamento entre nós, ficou muito melhor, ficou muito mais próximo. (Enfermeiro)

Um importante estímulo à mudança do modelo, foi a instrumentalização dos profissionais para modificação das práticas obstétricas, baseado nos indicadores de monitoramento do PPA. Houve treinamentos, capacitações e atualizações intra e extra institucionais para o alinhamento entre os profissionais referentes às atitudes, habilidades e competências baseadas em evidências.

Houve todo um treinamento, toda uma informação, um convencimento da equipe de que isso era o melhor. Houve um trabalho nesse sentido, sim. (Médico)

Mudou. [...] (as enfermeiras) foram treinadas, quem não tinha especialização em obstetrícia, teve que ser feito, senão não continuava no setor, então houve realmente essa qualidade do ensino para prestar uma assistência de qualidade. [...] Eles (os médicos) estão estudando, estão se adequando, que é questão de cultura também, está reduzindo (intervenções: episiotomia, ocitocina, manobra de Kristeller e indicação de cesariana). (Enfermeiro)

[...] mudou no sentido de: foi solicitado pra mim, capacitar as enfermeiras, promover as capacitações [...] modificou um pouquinho a vivência delas (das enfermeiras) por conta dos indicadores e dos protocolos que elas acompanham [...] quando acontece alguma coisa que foi não conforme, aí tem que sentar todo mundo e pensar o que saiu errado no processo. Foi falha de processo em que momento. Então nesse momento também, eu sou convidada a pensar junto. [...] e tem um momento maior lá no conselho gestor. (Enfermeiro)

Os relatos, demonstram ainda, dificuldades no trabalho colaborativo e na centralização do cuidado às mulheres e suas famílias, pois a adequação do comportamento, principalmente médico, à nova realidade nem sempre aconteceu por acreditar nas evidências científicas, e sim, por ser instituído pelo serviço.

Esses médicos que fazem parte do corpo clínico, mas não do grupo do plantão [...] às vezes é difícil, porque tem médico aí, ganham fortunas fazendo a coisa errada. Fazendo cesariana desnecessária, que chega aqui: 'meu médico falou que tinha que ser cesariana' (fala da mulher) (Médico)

Eu acho que os que não gostam muito do parto normal, que são um pouquinho mais resistentes. Eles têm que se adequar, né? Eles se adequam, mas, eu vejo que alguns

falam algumas coisas, às vezes, mas eles mantêm a conduta (intervencionista).
(Enfermeiro)

Um dos hospitais, com característica institucional de ser pertencente à operadora de plano de saúde e de ser cooperado, por mais que tenha evoluído com a inserção da enfermagem obstétrica após o PPA, apresentou também, relação hierárquica de poder referindo discursos ainda centrados na atuação do profissional médico, evidenciando que neste cenário a Enfermagem Obstétrica deverá exercer o seu poder de agir profissional com maior negociação (CLOT, 2010).

Algumas, eu acho que poderia ser tentado o parto normal. Mas, conduta médica, né, a gente não (não interfere); então, assim, todas as pacientes que vêm, a gente, como enfermeira, a gente sempre conversa com elas, tira todas as dúvidas, explica sobre o parto, o que a gente tem o que a gente pode oferecer pra elas, o que é melhor pra ela, pro bebê. Então tudo isso aí a gente sempre conversa. O problema é as eletivas (cesáreas), né. A gente tem algumas eletivas, né. (Enfermeiro)

Percebi que as enfermeiras obstetras, elas tiveram um maior espaço. A colocação de enfermeiras que antes só tinha uma num plantão, noutro não tinha, passou a ser uma das regras e isso foi muito importante. Agora elas estão percebendo, né, na primeira fase, é lógico, é uma cultura, o médico manda a enfermeira obedece, principalmente no privado. É uma cooperativa, a gente tinha que ver toda essa cultura inerente, de que eu sou doutor, eu mando, depende muito de maturidade: quando eu sou dona, eu me sou servil, mas muitas vezes, têm aqueles imaturos que acha que eu sou dono pra me servir, né. (Médicos)

Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto

Em todos os hospitais, houve a inserção da enfermeira obstétrica/obstetrix no cenário da maternidade. Os entrevistados referem a necessidade desta profissional para o desenvolvimento da prontidão diante da fisiologia do corpo feminino durante o processo de parto e nascimento, além da atuação no puerpério e no trabalho colaborativo diante das urgências e emergências obstétricas. Ainda assim, há de se atentar para trechos que referem a importância dos cuidados de enfermagem na assistência ao patológico e não ao fisiológico, o que de fato é sua expertise.

[...] também aumentou o número de obstetrixes que ficam nos períodos, principalmente manhã e tarde, acho que por causa do Projeto e muito incentivo, também, por parte direta da nossa chefia, da obstetria em relação a incentivar, acolher e tudo mais. (Médico)

[...] faz total diferença uma enfermeira obstetra no Posto (posto de enfermagem), que tem conhecimento, porque pode acontecer, como aconteceu, ontem, uma paciente num caso de ruptura uterina, então, se não fosse a intervenção da enfermagem, dos médicos, ali, imediato, essa paciente podia ter ido a óbito. Então é muito importante a enfermagem obstétrica tá presente. (Enfermeiro)

Houve também, mudanças no comportamento da Enfermagem frente às práticas de

humanização do cuidado, trabalho em equipe e colaborativo, com centralidade às mulheres e maior compromisso com o parto. A promoção de sua autonomia e por conseguinte valorização de seu protagonismo. Essa mudança de pensamento, reflete para uma prática mais atuante e efetiva durante a assistência. Inclusive no entendimento de que sua presença favorece um cuidado mais atento e seguro.

A impressão que me dá, é que eu tenho mais compromisso, hoje em dia, com o parto. Minha cabeça mudou. [...] Eu acho que sim. A impressão que me dá, é que eu tenho mais compromisso, hoje em dia, com o parto. Minha cabeça mudou. (Enfermeiro)

[...] com o (PPA), eu tive só melhorias, porque eu tive uma equipe maior pra está prestando essa assistência, com segurança. Hoje me deu uma tranquilidade maior, porque eu tinha uma enfermeira apenas, de oito horas, não era coberto. E hoje, com o (PPA), é coberto vinte e quatro horas, e a gente está direto em contato, elas me dão retorno de tudo o que acontece. Então, pra mim, na questão assistencial, teve muitas mudanças, todas pra melhor. (Enfermeiro)

Em consonância às mudanças de prática propostas ao setor privado, houve referência às mesmas estratégias que já eram utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

[...] Que eu acho que aquilo que talvez estivesse adormecido, [...] acaba que era só cesariana [...]. Eu mesma já trabalhei em outro hospital, hospital público, aí a gente via. Então, eu acho que acabou trazendo isso pros hospitais privados. (Enfermeiro)

A despeito destas progressões, os resultados revelam que ainda há muito a evoluir com relação a autonomia do trabalho da enfermagem obstétrica no setor privado. Principalmente no que se refere à sua corresponsabilidade no cuidado integral e humanizado. A assistência ainda continua fragmentada, principalmente na atuação durante o “assistir” do processo de parto e nascimento. A inserção e a atuação da enfermagem obstétrica perpassaram principalmente o trabalho de parto (pré-parto) sem haver de fato a coparticipação, entre medicina e enfermagem, no momento do parto e nascimento. Há então, uma fragmentação importante quando a enfermagem obstétrica transfere a responsabilidade e o cuidado para o profissional médico no momento do expulsivo, deixando de ser coprodutora do cuidado e quebrando o vínculo criado previamente.

A gente tem que ter uma atuação mais efetiva, durante o parto e não ficar tanto pro médico o controle, os cuidados [...] a assistência direta, mesmo. Ficar ali junto da paciente. É você deixar outras coisas por fazer e ficar com ela, dando apoio, orientando. (Enfermeiro)

Então, aqui, eu atuo menos direto na realização do parto. Já fiz alguns, poucos, bem poucos (partos), mas porque eu tô sempre cheia. Então, hoje tá tranquilo, mas às vezes

tá lotado aqui. Então, às vezes eu não consigo finalizar o processo (de parto e nascimento), porque eu tenho outros pacientes [...] O plantão, é uma enfermeira pro pré-parto. Ficam duas auxiliares aqui e a enfermeira do centro cirúrgico que fica como líder delas. [...] (Enfermeiro)

[...] o tratamento, né, humanizado, respeitando as vontades da mulher, mas eu acho que na parte do pré-parto, mudou bastante. E agora tem enfermeira obstetra, sempre teve enfermeira obstetra, mas tinham algumas que não tinha tanta experiência[...]. As que estão no pré-parto, tem experiência mesmo. Então, foi depois do Projeto quando começou isso. (Enfermeiro)

Além disso, foi referido a necessidade de rearranjo institucional com o quantitativo de recursos humanos devido à sobrecarga de trabalho das profissionais técnicas de enfermagem, frente a pressão exercida pela operadora de plano de saúde para a alta hospitalar do binômio mãe e bebê, além do próprio aumento do movimento hospitalar.

A aceitação é boa, a equipe, de aceitação não tem problema não. É mais o rearranjo do número de funcionários que impacta, mesmo. É isso, no fundo, no fundo, vem a aceitação, assim, porque a técnica (de enfermagem), demanda mais trabalho para ela, então ela fica nervosa, porque ela tá lá na sala de parto, tem que vir pra cá, sabe que tá aqui, sabe que tem que dar alta e que tem horário pra ter alta por causa do convênio, sabe da demanda, eu tenho que dar alta aqui, pra vir outro que tá nascendo, de lá pra cá. É isso. (Médico)

DISCUSSÃO

A Enfermagem obstétrica tem respaldo legal (COFEN, 2016) e político público (BRASIL, 2011) para sua atuação, porém no Brasil, pelo modelo biomédico de cuidado, há finalização do cuidado no parto em cerca de 30% dos partos, com variações conforme região brasileira, chegando a 46% na região Norte do país (DA GAMA et al., 2021). Antes do projeto PPA, houve avanços em qualificações e formação profissional da Enfermagem Obstétrica com investimentos no setor público pelo Ministério da Saúde, principalmente através da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Já no setor privado, houve um importante avanço, com a Resolução Normativa 398/2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de Enfermeiros Obstétricos/Obstetizes pelas Operadoras de Planos de Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016). Esses movimentos, permitem almejar por avanços na mudança de modelo de cuidado obstétrico e conseqüentemente com a diminuição das altas taxas de cesárea do país.

A cultura da cesárea se apresentou no Brasil há mais de 30 anos, por articulação do produtivismo capitalista com o controle reprodutivo e a “necessidade” de realização da laqueadura no momento do parto. Além disso, mudanças na experiência histórica do parir, antes íntimo e depois institucionalizado, com violação de autonomia, perda dos direitos e

protagonismo contribuiu para o que atualmente é determinado como violência obstétrica. Dessa forma, altas taxas de episiotomia, uso de fórceps de rotina, prática do Kristeller e o domínio do corpo feminino pelos profissionais anularam a expectativa, a participação e o consentimento da mulher no processo de parir e nascer (BARBOSA et al., 2003; COPELLI et al., 2015; FAÚNDES; CECATTI, 1991; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015b; RODRIGUES et al., 2019).

Tais práticas, produziram, também, a cesárea como caminho à uma falsa sensação de segurança; limpeza; ausência da dor; e controle diante do parto e nascimento (VIANA et al., 2018). Porém, publicações do início dos anos 1990 (FAÚNDES; CECATTI, 1991), já alertavam que o aumento crescente da cesárea não afetava positivamente os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Pelo contrário, a normalização da cesárea como modo de nascer (RODRIGUES et al., 2019) podem aumentar os desfechos negativos maternos, neonatais e na primeira infância (CAVAGGIONI, 2017), além de impactos orçamentários importantes nos sistemas públicos brasileiro e mundial (ENTRINGER; PINTO; GOMES, 2019).

A perpetuação dessa prática é influenciada por fatores socioculturais, formação e atuação profissional, fatores institucionais e organizacionais dos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2010; PINHEIRO et al., 2016). No entanto, o movimento de humanização do parto e nascimento tem fortalecido os discursos para um cuidado centrado na mulher e sua família, considerando suas necessidades e expectativas e trazendo à pauta questões como a influência do profissional para escolha da via de parto (DOMINGUES et al., 2014).

Dessa forma, entendendo que a maioria das gestações são classificadas como de risco habitual e que o ato de parir, em sua maioria, é algo fisiológico. A atuação da enfermagem obstétrica na melhora do cuidado durante o processo de gestação, parto e nascimento por meio do fortalecimento da educação em saúde e expertise diante do fisiológico favorece o desfecho final pelo parto vaginal, com maior satisfação da experiência vivida e redução do uso de intervenções desnecessárias. Além disso, pesquisas revelam que 83% dos óbitos maternos e fetais poderiam ser evitados com a assistência pela enfermagem obstétrica (RENFREW et al., 2014; SANDALL et al., 2016).

Para garantia de uma assistência segura, baseada em evidências e com centralidade do cuidado no bem-estar das mulheres e suas famílias é necessário o trabalho colaborativo e interprofissional, pois tanto médicos obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetrites e outros profissionais são necessários para apoiar e fortalecer a autonomia feminina. A valorização dos

saberes e fazeres se apresentam principalmente pelo conhecimento, competências, habilidades únicas de cada profissão, à exemplo os médicos como especialistas em patologias e anormalidades; e as enfermeiras obstétricas e obstetrites especialistas em normalidade (RONDELLI, 2019). Tais diferenças, quando integradas, congruem para o trabalho interprofissional, necessário para alcançar as necessidades em saúde individuais e singulares.

No campo do saber e fazer em obstetrícia, pensar em como enfrentar as barreiras e modificar as práticas já estabelecidas perpassa diversos âmbitos do conhecimento, para além da formação acadêmica dos profissionais. Há necessidade de inovar não somente na forma de ensinar os profissionais, mas também conectar as ideias e instigar a criatividade diante dos problemas estabelecidos no campo do conhecimento (FAZEY et al., 2020).

Alcançar essas necessidades em obstetrícia, perpassa também sobre o entendimento do normal e patológico (CANGUILHEM et al., 2007). A patologização do gestar, parir e nascer no Brasil nos trouxe a cenários que não reconhecem as necessidades em saúde das mulheres e seus bebês, além de fortalecer o reconhecimento soberano da medicina sobre outras profissões (MORTELARO; CIRELLI, 2021)

Nesse sentido, a atuação da enfermagem obstétrica acontece para a promoção e para a perpetuação do gestar, parir e nascer como fisiológico (ALVES et al., 2020). Por sua vez, a atuação da medicina obstétrica deveria acontecer principalmente quando a anormalidade se apresentasse em tal processo (NICIDA et al., 2020). Integrar a atuação da medicina e da enfermagem, no contexto obstétrico, para um desempenho que tenha como foco as necessidades em saúde apresentadas pelas mulheres, bebês e suas famílias, parece ter sido um grande desafio do Projeto Parto Adequado.

Um projeto como o PPA que tinha como proposta induzir tal integração para centralizar o cuidado à mulher e sua família (TORRES et al., 2018b), demonstrou que ainda há dificuldades para o trabalho colaborativo, com pouca autonomia dos profissionais da enfermagem obstétrica em detrimento aos profissionais da medicina obstétrica. Visto que, mesmo depois de implantado o projeto, o entendimento de que a inserção da enfermagem seria para fomentar o protagonismo da mulher no cenário, transcendeu para uma distorção e para uma segregação do processo de trabalho, concebendo os cuidados no pré-parto com a enfermagem e o parto com a medicina.

A influência do uso prático da interprofissionalidade no setor privado brasileiro está intrinsicamente atrelado ao caráter reflexivo e epistemológico em que, a emancipação humana não está diretamente relacionada ao conhecimento, mas a capacidade de agir sobre o mundo, trabalhar/produzir a favor do mercado (LEIS, 2005). Isso não é diferente na “produção de

saúde” em obstetrícia, em que o processo de parto e nascimento não está captado em sua forma integral, mas de maneira seccionada como uma fábrica taylorista (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Isso nos revela, há quem estamos servindo: ‘ao mercado ou às mulheres?’.

A interprofissionalidade (BARR, 2005) poderia ser o caminho para que a inserção e a atuação da enfermagem obstétrica na cena do parto e nascimento, não como exclusão do profissional médico neste cenário, pelo contrário, otimizaria a atuação médica para constructos assistenciais que necessitam desta atenção especializada, oferecendo equilíbrio e segurança ao processo de parturição.

CONCLUSÃO

Os resultados deste artigo reforçaram o pressuposto de que as culturas organizacionais no setor privado pouco fortaleceram as relações interprofissionais para o exercício de práticas obstétricas pautadas na humanização, na centralidade do cuidado, no cuidado colaborativo e nas evidências científicas. As categorias construídas nesta análise “Gatilhos para a mudança da cultura cesarista” e “Enfermagem obstétrica no setor privado: o trabalho sem o parto” propiciaram uma reflexão acerca da necessidade de integração dos *saberes e fazeres* profissionais para melhor alcance das expectativas e necessidades em saúde individuais e singulares de cada mulher cuidada.

Houve influências da implantação do Projeto Parto Adequado sobre a inserção da enfermeira obstétrica no cenário da maternidade, incorporando práticas do partejar durante o trabalho de parto, porém sem atuação assistencial no parto, ato transferido ao profissional médico obstetra, inclusive com decisão da via de parto. Percebeu-se também, que houve iniciativas para mudar a cultura da cesárea dos hospitais privados estudados, no entanto, há confronto com o modelo biomédico ainda instituído nestes espaços, com necessidade de se trabalhar a interprofissionalidade para avanços significativos dos indicadores e consequentemente diminuição das cesáreas clinicamente injustificadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Lucivaldo Almeida et al. Desafios e potencialidades da interprofissionalidade no contexto do programa de educação pelo trabalho para saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e22010414041-e22010414041, 2021.

AVINÓ, Dory et al. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Atención Primaria*,

v. 46, n. 10, p. 531-540, 2014.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 1611-1620, 2003.

BARR, Hugh. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. Higher education academy, health sciences and practice network*, 2005.

BARROS, Aluísio JD et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de saude publica*, v. 45, p. 635-643, 2011a.

BARROS, Aluísio JD et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de saude publica*, v. 45, p. 635-643, 2011b.

BETRAN, Ana Pilar et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2015.

BETRAN, Ana Pilar et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2015.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018.

BOUWMAN, Harry et al. *Information and communication technology in organizations: adoption, implementation, use and effects*. Sage, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement*. – Rio de Janeiro: ANS, 2016c Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_to_tal_parto_adequado.pdf Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Ação cível pública no 0017488-30.2010.4.03.6100. 24a Vara Cível Federal de São Paulo. Apelante: Rede Parto do Princípio Apelada: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Procuradores da República Luciana da Costa e Luiz Costa. São Paulo, 17 de agosto de 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa No 398 de 2016. Dispõe que operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes, devem contratar e possibilitar a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetizes no acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto. 2016^a

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Histórico - Linha do tempo. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria Nº 569/MS de 1º de junho de 2000. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Nº

179 março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1 ED. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em 02 de janeiro de 2022.

BUSARI, Jamiu O. et al. Clinical leadership as an agent for change: a health system improvement intervention in Curaçao. *Journal of multidisciplinary healthcare*, p. 787-798, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 219-230, 2000.

CANGUILHEM, G. (1904-1995). et al. O normal et o patológico. 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, I. S. DE A. J. M. Comunicação e Saúde. 1a reimpre ed. Brazil.: Editora Fiocruz, 2007.

CARREGAL, Fernanda Alves dos Santos et al. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. *Hist. enferm., Rev. eletronica*, p. 123-132, 2020.

CAVAGGIONI, Ana Paula Magosso. Influência da via de parto no desenvolvimento infantil: comparação por meio da Escala Bayley III. 2017.

CHAPARRO, C. M.; LUTTER, C. Beyond survival: integrated delivery care practices for longterm maternal and infant nutrition, health and development. Washington DC: Pan American Health Organization, 2007.

CLOT, Yves. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum, p. 227-229, 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas universais para a américa latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 516/2016 – alterada pelas resoluções COFEN NºS 524/2016 E 672/2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília, 23 de junho de 2016.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. Determinants of women's preference for cesarean

section. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 24, p. 336-343, 2015.

DA SILVEIRA, Sandra Cristina; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Hospital care at childbirth: social representations of women and health care professionals. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 1, p. 01, 2010.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, v. 19, n. sup1, p. 8-20, 2005.

DE ALMEIDA CUNHA, Alfredo; DA COSTA GRIBEL, Gisèle Passos; PALMIRO, Alvio. Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia. *Dismenorreia*, v. 48, n. 9, p. 555-60, 2020.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista pesquisa qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. Violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S101-S116, 2014.

DOS SANTOS, Mariana Bastos et al. Papel da Fisioterapia em Obstetrícia: avaliação do nível de conhecimento por parte dos médicos e equipe de enfermagem, gestantes e puérperas da rede pública de Barueri/SP. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 19, n. 2, p. 15-20, 2017.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 213-214, 2014.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Marcia Ferreira Teixeira; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Costs analysis of hospital care for vaginal delivery and elective caesarean section for usual risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1527-1536, 2019.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 150-173, 1991.

FAZEY, Ioan et al. Transforming knowledge systems for life on Earth: Visions of future systems and how to get there. *Energy research & social science*, v. 70, p. 101724, 2020.

FLICK, U. *An Introduction to Qualitative Fourth Edition*. SAGE Publications, 2009.

FRENK, Julio et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, v. 28, p. 337-341, 2011.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1891-1902, 2018.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil-2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 919-929, 2021.

GERSCHMAN, Silvia et al. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 463-476, 2012.

GIBBONS, Luz et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*, v. 30, n. 1, p. 1-31, 2010.

GONZALEZ, Débora de Fina. Entre público, privado e político: avanços das mulheres e machismo velado no Brasil. 2014.

GRUPPI, Luciano. O conceito de hegemonia em Gramsci. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HERCULANO, Thuany Bento et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 702-713, 2018.

HUMANIZA, S. U. S. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LANSKY, Sônia et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & saude coletiva*, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de saude publica*, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LEARNING, M.; COOKBOOK, R. Relatório de Primavera 2008-Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas. *Obs Port Sist Saúde*, 2008.

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*, v. 6, n. 73, p. 2-23, 2005.

MANN, Julie; LOWN, Beth; TOUW, Sharon. Creating a culture of respect and interprofessional teamwork on a labor and birth unit: a multifaceted quality improvement project. *Journal of interprofessional care*, p. 1-7, 2020.

MATÃO, Maria Eliane Liégio et al. Fatores que influenciam na indicação da via de parto.

Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2016.

MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão; RATTNER, Daphne. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.

MILLER, Fiona A.; FRENCH, Martin. Organizing the entrepreneurial hospital: Hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Research Policy*, v. 45, n. 8, p. 1534-1544, 2016.

MORADI, Farideh et al. Interventions in reducing caesarean section in the world: a systematic review. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, v. 26, n. 5, p. 21, 2019.

MORTELARO, Priscila Kiselar; CIRELLI, Jessica Fernandes. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 168-180, 2021.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 885-904, 2015.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 415-432, 2017.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 14, p. 456-461, 2010.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Medicalization of childbirth: the meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4531-4546, 2020.

OCCHI, Gilberto Magalhães et al. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *The Lancet*, v. 392, n. 10155, p. 1290-1291, 2018.

OLLERHEAD, Elizabeth; OSRIN, David. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. *Hum Reprod Program*, p. 1-8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view> Acesso em: 02 de março de 2022.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. cadernos pagu, 2017.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Tempus–Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 1163-1184, 2017.

PEREIRA, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3517-3524, 2018.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, p. 767-783, 2008.

PRATA, Juliana Amaral et al. Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. Escola Anna Nery, v. 23, 2019.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Quem somos. 2015b. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre#:~:text=A%20Parto%20do%20Princ%C3%ADpio%20%C3%A9,se%20refere%20%C3%A0%20maternidade%20consciente>. Acesso em: 02 de janeiro de 2022.

RENFREW, Mary J. et al. Midwifery: an executive summary for The Lancet's series. Lancet, v. 384, n. 1, p. 8, 2014.

RODRIGUES, B. S. S. L. et al. Cultura da Cesariana: fatores relacionados a alta taxa do procedimento no Brasil. Revista Saúde Dinâmica, v. 1, n. 2, p. 61-74, 2019.

ROGERS, Everett M. Diffusion of innovations. Simon and Schuster, 2010.

RONDELLI, Giuliana Paola Hoepfner. Competências para o cuidado de mulheres no parto e nascimento mobilizados em egressos de um curso nacional de especialização em enfermagem. Belo Horizonte. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Orientador: Kleyde Ventura de Souza.

SANDALL, Jane et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane database of systematic reviews, n. 4, 2016.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, p. 16-24, 2015.

SILVA, Yasmin Aparecida Pires et al. Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.

- SOUZA, J. P. et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 123, n. 3, p. 427-436, 2016.
- SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta paulista de enfermagem*, v. 34, 2021.
- SPENCER, Andrew J.; BUHALIS, Dimitrios; MOITAL, Miguel. A hierarchical model of technology adoption for small owner-managed travel firms: An organizational decision-making and leadership perspective. *Tourism management*, v. 33, n. 5, p. 1195-1208, 2012.
- TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.
- TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S220-S231, 2014.
- TORRES, Jacqueline Alves et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reproductive Health*, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2018.
- TORRES, Jacqueline Alves. Estudo comparativo sobre o modelo de Atenção obstétrica e neonatal em maternidades do Setor Suplementar de saúde no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Maria do Carmo Leal.
- VERBI SOFTWARE. MAXQDA 2020 [computer software] Berlin, Germany: VERBI Software., 2019. Disponível em: maxqda.com
- VIANA, T. G. F. et al. Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 22, p. 1-8, 2018.
- VIDAL, Ávila Teixeira; BARRETO, Jorge Otávio Maia; RATTNER, Daphne. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, 2020.
- VILELA, Rosana Quintella Brandão; AMADO, Elaine. Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde/Interprofessional education and collaborative practice in intensive care: the health professional perspective. *Brazilian Applied Science Review*, v. 2, n. 4, p. 1247-1268, 2018.
- VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.
- WIDSTRÖM, Ann-Marie et al. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, v. 108, n. 7, p. 1192-1204, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Appropriate technology for birth. *Lancet*, v. 2, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, v. 150, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions. 2020.

YE, J. et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 123, n. 5, p. 745-753, 2016.

YU, Yushan et al. The effectiveness of financial intervention strategies for reducing caesarean section rates: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.

ZHANG, Haifeng; VOROBAYCHIK, Yevgeniy. Empirically grounded agent-based models of innovation diffusion: a critical review. *Artificial Intelligence Review*, v. 52, p. 707-741, 2019.

ZHANG, Lulu et al. A cluster-randomized field trial to reduce cesarean section rates with a multifaceted intervention in Shanghai, China. *BMC medicine*, v. 18, p. 1-15, 2020.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA GESTORES E LÍDERES/ COORDENADORES

(Integrantes da equipe gerencial responsável pela implantação do Projeto Parto Adequado no hospital –diretor do hospital, líder do Projeto no hospital, chefe de obstetrícia e chefe de enfermagem do centro obstétrico)

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Responsável pela entrevista: _____

Objetivo: identificar barreiras e facilitadores para a implantação do Projeto Parto Adequado. Ficou claro o objetivo da entrevista? Então podemos começar.

Observação: comentar que leu a entrevista realizada na etapa quantitativa (Questionário de Estrutura) e que neste momento gostaríamos de aprofundar em alguns pontos.

Identificação

Nome do entrevistado: _____ 2- Formação profissional

Graduação/ ano _____

Área de especialização _____

3 – Função que desempenha no Hospital: _____

4- Função que desempenha no Projeto Parto Adequado: _____

Processo de decisão

5 – Fale sobre a decisão do hospital de participar do Projeto Parto Adequado. Como o hospital tomou conhecimento do Projeto? De quem foi a decisão de participar?

6 – O que motivou a participação do hospital no Projeto Parto Adequado?

7 – O que lhe motivou a estar nesse lugar de liderança do projeto Parto Adequado?

8 – Antes do início do Projeto Parto Adequado o hospital já estava desenvolvendo outras iniciativas relacionadas à atenção ao parto? Quais?

– Quais foram as possíveis vantagens e desvantagens identificadas em participar do projeto Parto Adequado?

– Você encontrou resistências e conflitos para implementação do Projeto? Quais? O que você tem feito para contorná-los?

– Como a decisão de participar do projeto foi comunicada ao corpo clínico? Como a equipe reagiu?

– O hospital teve de estabelecer uma população-alvo e uma meta a ser atingida até o final do projeto. Como foi o processo de definição dessa população-alvo e meta? Você participou desse processo? Como foi a pactuação com os demais integrantes da equipe? (Explorar relatos de reuniões e comunicados)

Estratégias

13 – Quais foram as principais estratégias adotadas pelo hospital com o objetivo de atingir a meta

definida? Você conhece o diagrama direcionador do Projeto Parto Adequado (apresentar independente da

resposta)? Considera que as estratégias descritas no Diagrama Direcionador foram implantadas? (neste

momento, entregar Diagrama Direcionador do Projeto para o entrevistado)

14 – Quais foram seus parceiros para definição e implantação das estratégias?

15 – Que fatores favoreceram a implantação dessas estratégias?

16 – Que fatores dificultaram a implantação dessas estratégias?

17 – Além das estratégias propostas no Diagrama Direcionador do Projeto Parto Adequado, vocês

desenvolveram outras estratégias específicas no hospital? Quais? Por que resolveram adotar essas

estratégias específicas?

Participação da equipe assistencial

– Quais estratégias você tem utilizado para engajar os profissionais da assistência a participar do Projeto Parto Adequado?

– Como você avalia a participação e o envolvimento dos médicos no projeto Parto Adequado? E o envolvimento das enfermeiras?

Participação das Mulheres

– Houve algum envolvimento das mulheres, clientes do hospital, na definição e implantação das estratégias adotadas no Projeto Parto Adequado? Como foram convidadas a participar? Como se deu esse envolvimento?

Monitoramento

– Como são registrados as ações e os resultados do projeto? Quem é responsável por esse registro? – Quais são as outras atribuições desse profissional na equipe?

– Como os resultados são comunicados à equipe?

– Como os resultados são analisados pela equipe? Há momentos específicos para discussão desses resultados?

Resultados da estratégia

– A taxa de partos normais do hospital aumentou após o Projeto Parto Adequado? A que você atribui esse resultado (aumento ou não aumento)?

– Você destaca algum outro resultado obtido pelo hospital devido ao Projeto Parto Adequado? Qual(is)? (Caso não comente, pode citar como exemplos possíveis: mudança no perfil da clientela, captação de novos profissionais para o corpo clínico)

– Após o término do projeto, você acredita que as mudanças ocorridas serão mantidas? Por quê? – O que significou para o hospital participar do parto adequado?

29 – Gostaria de fazer algum comentário adicional?

Finalizar entrevista - Muito obrigada por sua participação!

Orientar que ao final das entrevistas com os demais gestores do Projeto Parto Adequado as informações coletadas serão sistematizadas e se realizará um processo de análise do conteúdo.

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PROFISSIONAIS

(Informantes chave do corpo clínico – médicos e enfermeiros – do Projeto Parto Adequado)

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Responsável pela entrevista: _____

Objetivo: identificar barreiras e facilitadores para a implantação do Projeto Parto Adequado, na perspectiva dos adotantes.

Ficou claro o objetivo da entrevista? Então podemos começar.

Identificação

Nome do entrevistado: _____

Formação profissional _____

Graduação/Ano _____

Área de especialização _____

Função que desempenha no hospital: _____

Como você se vincula ao Projeto Parto Adequado: _____

Processo de decisão e participação

5 – Como foi o processo de decisão do hospital de participar do Projeto Parto Adequado? (se souber explicar o processo de decisão, questionar se e como o entrevistado participou do processo de decisão; se não souber explicar o processo de decisão, questionar como foi comunicado sobre a decisão do hospital de participar do Projeto Parto Adequado)

6 – Qual sua percepção sobre o Projeto Parto Adequado?

7 – Que possíveis vantagens e desvantagens você identifica em participar do Projeto Parto Adequado?

8 – O hospital teve de estabelecer uma população-alvo e uma meta a ser atingida até o final do projeto. Você conhece essa população-alvo e meta? Se sim, poderia descrevê-las? Você participou da pactuação dessa população-alvo e meta? Concorda com elas? Por quê?

9 – Aconteceram mudanças na maternidade em função da participação no Projeto Parto Adequado? Quais? (Investigar mudanças estruturais e organizacionais)

10 - Você teve a oportunidade de sugerir mudanças?

11 – Que fatores facilitaram a implantação dessas mudanças?

12 – Que fatores dificultaram a implantação dessas mudanças?

Prática assistencial

13 – Sua rotina de trabalho mudou depois do início do projeto? Como?

14 – Ocorreu alguma mudança em seu modo de assistir as mulheres em trabalho de parto por participar do projeto? Se você avalia que sim, pode falar quais mudanças?

Resultados

15 – Como percebe a reação das mulheres, clientes no hospital, ao projeto Parto Adequado?

16 – Os resultados obtidos no Projeto Parto Adequado têm sido comunicados à equipe? (Caso o entrevistado não mencione, explorar de que forma são comunicados os resultados). Há algum espaço para discussão dos resultados com toda a equipe?

17 – Você sabe se a taxa de partos normais do hospital aumentou após o Projeto Parto Adequado? A que você atribui esse aumento ou não aumento?

18 - Você destaca algum outro resultado obtido pelo hospital devido ao Projeto Parto Adequado?

19 – Após o término do projeto, você acredita que as mudanças ocorridas serão mantidas? Por quê?

20 – Tem alguma consideração sobre a experiência de participar do Projeto Parto Adequado não abordada nas perguntas e que você gostaria de acrescentar?

Finalizar a entrevista - Muito obrigada por sua participação!

Orientar que ao final das entrevistas com os demais participantes do Projeto Parto Adequado as informações coletadas serão sistematizadas e se realizará um processo de análise do conteúdo.

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS (TCUD)**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, Débora Cecília Chaves de Oliveira, aluna da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, do Curso de Doutorado em Saúde Pública, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado "Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil", comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco dados do estudo qualitativo da referida pesquisa fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde dos hospitais participantes, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

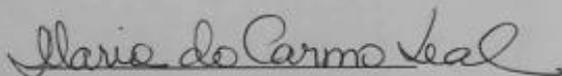
Esclareço que os dados a serem analisados se referem às barreiras e facilitadores para a implantação dos direcionadores do Projeto "Parto Adequado.", coletados no período de **08/05/2017 a 28/11/2019**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

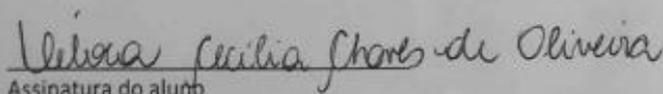
Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Rio de Janeiro, 08/05/2020.



Assinatura do pesquisador responsável



Assinatura do aluno

ANEXO D -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OBJETIVOS DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Nascer Saudável”, que visa avaliar a implantação e os efeitos da intervenção multifacetada intitulada Projeto Parto Adequado (PPA) , na melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil. Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade, por meio da implantação cíclica e incremental de mudanças. As intervenções propostas serão testadas e ajustadas ao contexto local, possibilitando a adoção e refinamento do que funciona e o descarte do que não funciona. Esta pesquisa esta sob a responsabilidade da Doutora Maria do Carmo Leal, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Para avaliação da intervenção serão medidos aspectos relativos à sua inteligibilidade, viabilidade e aceitabilidade, nos diferentes contextos onde ela estará sendo implantada e segundo olhares distintos (usuário, profissional e gestor), para que se possa conhecer as diferentes realidades dos hospitais participantes. Os resultados da pesquisa “Nascer Saudável” poderão subsidiar a elaboração de medidas de saúde que visem a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança em hospitais públicos e privados. Sua participação contribuirá neste processo de conhecimento. A entrevista individual terá como base um roteiro semiestruturado e duração de 30 a 40 minutos. Esse roteiro contém questões sobre o processo de decisão para participação do hospital no PPA; estratégias implantadas; formas de participação da equipe assistencial e das mulheres na elaboração das estratégias; barreiras e facilitadores; prática assistencial; monitoramento; resultados; e demais aspectos contextuais relevantes relacionados à intervenção. Será realizada em sala reservada, e gravada em meio digital caso você concorde.

CONFIDENCIALIDADE

A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, caso assim decidir. As informações prestadas são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. Cada entrevistado receberá um código numérico e as respostas serão associadas a ele, não sendo possível a identificação nominal do participante.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa que avaliaram este estudo. Os telefones estão no final deste termo. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A entrevista pode ser longa, porém importante. O benefício direto é a sistematização e disponibilização de dados para a área de saúde pública que serão utilizadas para elaboração de diagnóstico das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir de instrumento para gestão de recursos e para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil no Brasil.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Este termo está redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Caso haja qualquer dúvida sobre o estudo entre em contato com a coordenação geral da pesquisa. Telefone e e-mail estão ao final deste termo.

Declaro ter sido informado/a e concordo em participar desta pesquisa.

Autorizo a gravação da entrevista.

Declaro ter sido informado/a e concordo em participar desta pesquisa, mas não autorizo a gravação da entrevista.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Entrevistador

Assinatura do Entrevistador

Data: ____ / ____ / ____

Coordenação Geral: Dra. Maria do Carmo Leal

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 808 - Rio de Janeiro.

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Maria do Carmo Leal: (21) 2598-262, email: duca@fiocruz.br

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP: 21041-210.

Telefax - (21)2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rubrica do participante: _____

Rubrica do entrevistador: