

ÍNDICE DE HUMANIZAÇÃO

EM MATERNIDADES – IHM



O processo de construção:
Metodologia e Resultados

ÍNDICE DE HUMANIZAÇÃO

EM MATERNIDADES – IHM

O processo de construção: Metodologia e Resultados

Thiago Lavras Trapé*
Beatriz Tamaso Miotto**
Fernanda Fortes de Lena***
Thiago Noronha Sugimoto****
Camila Nascimento Benvenuto*****

São Paulo
2019

* Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Social-IPADS. Docente Faculdade São Leopoldo Mandic. thitrape@gmail.com

** Docente Universidade Federal do ABC. bea.miotto@gmail.com

*** Doutoranda em Demografia/IFCH Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. fortesdelena@gmail.com

**** Doutorando em Economia/IE Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. thisugi@gmail.com

***** Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Social-IPADS. benvenuto.camila@gmail.com

FICHA TÉCNICA

- Comitê Gestor: IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ SES - NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO
- Coordenador Geral: Thiago Lavras Trapé
- Equipe Técnica: Beatriz Tamaso Miotto, Camila Nascimento Benvenuto, Fernanda Fortes de Lena e Thiago Noronha Sugimoto.
- Coordenador Núcleo Técnico de Humanização: Vanderlei Camargo
- Representantes Johnson & Johnson: Wagner Orlandi, Erika Alvarez, Camila Batista e Juliana Dal Pino e Ronaldo Pires.
- Diagramação e Arte: Santa Causa Boas Ideias & Projetos
- Agradecimentos: Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, Sociedade Paulista de Pediatria – SPP, Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo- SOGESP, Representantes áreas técnicas Secretaria Estadual de Saúde- SES, Representantes Hospital Maternidade de Interlagos- HMI, Escola Paulista de Enfermagem – USP.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

SUMÁRIO

FICHA TÉCNICA

02

PREÂMBULO

05

1. Introdução

07

2. A Construção do Índice de Humanização em Maternidades

11

3. Procedimentos Metodológicos

23

3.1 Desenho do estudo

3.2. Plano amostral

3.2.1 Técnicas de amostragem

3.2.1.1. Estratos e unidades de seleção

3.2.1.2. Tamanho da amostra e erros de amostragem

3.3 Construção do Índice de Humanização

4. Considerações finais

30

5. Referências

31



PREÂMBULO

Este produto é fruto de um projeto amplo de parceria entre o Núcleo Técnico de Humanização (NTH) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de SP, a Johnson e Johnson e o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS).

No ano de 2015 foi realizado o Curso de Planejamento, Gestão e Avaliação para maternidades, direcionado aos apoiadores do Núcleo Técnico de Humanização. Ao todo foram desenvolvidos 26 projetos de intervenção, que buscavam analisar situações problemas, propor metodologias de intervenção e indicadores avaliativos para mensurar os impactos das intervenções. Os trabalhos foram apresentados durante o seminário em Dezembro do mesmo ano.

O projeto teve continuidade no ano de 2016. Neste momento o Hospital e Maternidade de Interlagos (HMI) foi apontado como locus privilegiado para ações de humanização, devido ao alto grau de arranjos e dispositivos democráticos de gestão já implementados e práticas de cogestão. A partir da perspectiva de demanda do hospital, foi realizada uma profunda análise sócio-demográfica de toda região Sul do município de São Paulo, principalmente das áreas atendidas pelo hospital. Tratou-se de um momento oportuno para pensar o perfil dos usuários e subsidiar melhoras no planejamento local.

Como sequência, no ano de 2017/2018, foi definido pelo NTH/SES o tema da criação do Índice de Humanização, como proposta de debater, definir e agregar diferentes indicadores que pudessem capturar as práticas de humanização já implementadas nas maternidades do estado.

O material que apresentaremos a seguir é fruto deste processo e foi apresentado durante encontro em Dezembro de 2018 na SES/SP. Trata-se de uma construção coletiva, que lançou mão de metodologias participativas validadas no campo científico e foi testado e validado no HMI, além de endossado por associações científicas e técnicos competentes na área. O Índice (IHM) pode ser utilizado em qualquer Maternidade, com objetivo de induzir boas práticas e avaliar o atual cenário da instituição no que tange as ações de humanização.



1.

Introdução

Este capítulo apresenta a concepção de um Índice de Humanização para ser implementado em maternidades, composto por uma série de indicadores que buscam captar traços fundamentais de relações de humanização travadas dentro dessas instituições. Antes de se apresentar o processo de elaboração deste índice, é importante destacar a relevância desta ferramenta como instrumento operacional para o monitoramento da realidade social e/ou (re)formulação de políticas públicas.

Conforme destaca Soligo (2012), o processo de difusão do uso de indicadores sociais ganhou maior importância somente a partir da década de 1960. Em grande medida, o esforço de construção de novos indicadores sociais foi motivado pela percepção de que as transformações em curso nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos não eram captadas pelos indicadores existentes. Por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB), que era interpretado por muitos analistas como um indicador que mensurava o nível de desenvolvimento de um país, mostrava-se cada vez mais limitado, dado que o processo de industrialização, em especial nos países subdesenvolvidos, foi acompanhado por um movimento de crescente concentração de renda e riqueza. O crescimento econômico neste caso não se refletia em melhores condições socioeconômicas para grande parcela da população e os indicadores puramente econômicos se mostravam inadequados para retratar a realidade das condições sociais.

A partir desse momento, instituições multilaterais, como a OCDE, Unesco, FAO, OIT, OMS, Unicef, CEPAL, Nações Unidas, etc., promoveram esforços conceituais e metodológicos para a construção de indicadores que pudessem, com maior precisão, mensurar o bem-estar e mudanças sociais. De acordo com Januzzi (2013), a partir desse movimento foi difundido em muitos países a utilização de sistemas nacionais de produção de Estatísticas Públicas, que passaram a incorporar novas dimensões investigativas. O período a partir dos anos 1960 marcou, portanto, avanços importantes, como resume Januzzi (2013, p. 14):

Depositavam-se grandes esperanças de que, com a organização de sistemas abrangentes de Indicadores Sociais, os governos nacionais pudessem orientar melhor suas ações, proporcionando níveis crescentes de bem-estar social, redistribuindo melhor as riquezas geradas e superando as inequidades do desenvolvimento econômico acelerado.

Um indicador social é uma medida quantitativa que possui um significado social substantivo, utilizado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato. Trata-se de um recurso metodológico, que a partir de dados empíricos dá informações acerca da realidade social. É o elo entre um modelo explicativo e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. No bojo do objetivo do Índice de Humanização em Maternidades elaborado aqui, é importante apontar que os indicadores representam um subsídio imprescindível para o planejamento público e a formulação de políticas sociais (JANUZZI, 2013).

A elaboração de indicadores que servem de base para a construção posterior de um índice, como é o caso descrito neste capítulo, não é uma tarefa trivial. Os indicadores precisam ser capazes de descrever o fenômeno estudado e, deste modo, precisam apresentar algumas propriedades essenciais: a) *relevância social* - ou seja, o indicador precisa ser resultado da agenda de discussão política e social de dada sociedade; b) *validade* - corresponde ao grau de proximidade entre o conceito e a medida. Esta propriedade garante, portanto, que o indicador é, de fato, capaz de "substituir" o conceito abstrato tratado; c) *confiabilidade* - os dados levantados na elaboração do indicador precisam ser confiáveis; d) *cobertura* - levando-se em conta os propósitos do indicador, ele deve ser sensível, específico, reproduzível e atualizável periodicamente;

e) *sensibilidade* - o indicador deve ser capaz de refletir mudanças importantes se as condições que afetam a dimensão social tratada se altera; f) *especificidade* - o indicador deve refletir mudanças estritamente ligadas às mudanças relacionadas à dimensão social de interesse. Essa propriedade é fundamental quando se trabalha com uma associação de indicadores, como no caso do Índice de Humanização em Maternidades: os indicadores precisam ter certo grau de associação para que reflitam certa realidade social; g) *inteligibilidade* - diz respeito à transparência da metodologia de construção do indicador. Além disso, refere-se à capacidade deste ser facilmente "comunicável", compreensível àqueles que o analisam; h) *periodicidade* - é preciso que o indicador possa ser levantado com regularidade; i) *historicidade* - é a propriedade de se dispor de séries históricas extensas e comparáveis, de forma que os efeitos de políticas sociais possam ser avaliados.

Ao elaborar-se um índice é preciso destacar que mesmo construído a partir de indicadores que obedeçam às propriedades apontadas no parágrafo anterior, ele ainda deriva de processos interpretativos da realidade. Dessa forma, o resultado não é estritamente objetivo e nem suficiente, sozinho, para a análise do problema a qual diz respeito. Ainda assim, um índice representa uma composição de indicadores que permite orientar de uma forma mais objetiva a priorização de ações e recursos. Pode-se destacar dois exemplos impor-

tantes de índices que utilizam indicadores sociais: o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O IDEB é um índice que avalia a qualidade da educação básica do Brasil. Como esclarecem Soares e Xavier (2013), sua concepção tem como objetivo que os sistemas educacionais sejam avaliados não apenas a partir de seus processos de ensino e gestão, mas, sobretudo, pelo aprendizado e pela trajetória escolar dos alunos. O índice é composto por dois indicadores: um de *desempenho* e outro de *rendimento*. O indicador de desempenho é definido como as médias das proficiências em Leitura e Matemática obtidas na Prova Brasil. O indicador de rendimento é utilizado com base nas estatísticas educacionais para ilustrar a experiência de aprovação dos alunos de uma escola ou sistema de ensino. Ao fim de cada ano letivo, cada aluno matriculado é colocado em uma de três categorias: a) *aprovados* – aqueles que preencheram os requisitos mínimos de desempenho e frequência; b) *reprovados* – os alunos que não preencheram tais requisitos; e c) *abandono* – os alunos que deixaram de frequentar a escola, tendo a sua matrícula cancelada.

De acordo com os formuladores, o IDEB seria capaz tanto de detectar escolas e/ou redes de ensino cujos alunos apresentam baixa performance, quanto de monitorar a evolução temporal dos

alunos dessas escolas e/ou redes de ensino. De um lado, haveria o controle do desempenho dos alunos a partir da nota normatizada na Prova Brasil, e, por outro, seria possível analisar o fluxo escolar (aprovação, repetência e evasão).

Um segundo exemplo de índice, bastante conhecido, é o IDH. Ele surge da incapacidade, apontada anteriormente, dos indicadores meramente econômicos mensurarem o desenvolvimento de um país. O IDH é desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para medir o grau de satisfação das necessidades materiais e culturais da população, agregando indicadores parciais e sintéticos compilados por outras instituições. O índice é composto por três eixos: a) um que se refere às oportunidades de acesso de cultura e educação, onde são utilizados como indicadores a taxa de alfabetização dos adultos e a taxa de escolaridade; b) O segundo eixo diz respeito às condições de desfrutar de uma vida saudável e longa, utilizando como indicador a esperança de vida ao nascer; e c) o terceiro eixo se relaciona às condições de dispor de um padrão de vida material adequado, utilizando como indicador o PIB *per capita*.

Os dois indicadores são passíveis de críticas. Soares e Xavier (2013), apontam, no caso do IDEB, alguns problemas: a) em razão das suas opções metodológicas, há uma subestimação dos problemas de desempenho na

área de matemática; b) as escolas que utilizam a reprovação como estratégia pedagógica são “punidas” no índice; e c) acaba considerando que o melhor aprendizado de um aluno compensa o pior aprendizado de outro, não dando ênfase ao problema do direito universal à educação. Em relação aos problemas do IDH, Jannuzzi (2013) aponta três principais. Em primeiro lugar, argumenta que o PIB *per capita* não capta realmente o padrão de vida, em especial em países com alto grau de desigualdade como o Brasil. Ademais, o PIB *per capita* elevado pode camuflar deficiência em outras dimensões, em especial relacionada ao desenvolvimento social. E, finalmente, o índice não compreende uma dimensão ambiental.

Portanto, tanto o IDEB quanto o IDH apontam aspectos positivos da construção de um índice, na medida em que buscam compreender os fenômenos sociais tratados e, a partir disso, subsidiam a intervenção pública e de órgãos sociais, mas, ao mesmo tempo, apresentam limitações. Esses exemplos são importantes para contextualizar o nosso caso de uma proposta de construção de um Índice de Humanização das Maternidades. Por um lado, o índice apresenta potencialidades importantes: a) transforma algo de grande complexidade em um número em escala de fácil observação; b) como nos dois exemplos anteriores, em especial no caso do IDH, ele permite unir vários indicadores que representam várias dimensões de um fenômeno; e c) a construção deste índice

significa construir formas objetivas de acompanhamento e comparação das políticas nas maternidades, bem como dar subsídio a ações específicas nesse campo, ajudando na gestão, proposição e avaliação das ações.

Por outro lado, a proposta também apresenta limitações. Em primeiro lugar, por ser uma proposta pioneira, ele sofre com a disponibilidade sistemática de informações. Em segundo, em função da metodologia escolhida para a primeira versão do índice, ainda considera-se que a quantidade de variáveis pode resultar em uma complexidade muito alta na captação das informações, aspecto nem sempre adequado para a formulação de um índice regional/nacionalmente abrangente. Além disso, este índice, como qualquer outro, não é capaz de captar todas as dimensões do fenômeno tratado, no caso a humanização. Por ser uma simplificação da realidade, ele não é suficiente e nem é a única maneira de reflexão sobre as políticas de humanização.

2.

A Construção do Índice de Humanização em Maternidades

A proposta de Índice de Humanização em Maternidades (IHM) leva em conta que a humanização deve estar presente em várias dimensões, não devendo ficar restrita somente ao momento do parto. A concepção do Índice corrobora, portanto, as diretrizes da Política Nacional de Humanização e do HumanizaSUS (PNH, 2013; Cadernos HumanizaSUS, 2014), na qual a humanização é entendida como um processo amplo:

“

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a correponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado em si (PNH, 2013).

Dessa forma, a aposta realizada pela PNH é a de que, para fomentar ações integrais em saúde, é preciso pensar meios para conferir materialidade às diretrizes da cogestão, do acolhimento, da clínica ampliada e da valorização do trabalho e do(a) trabalhador(a) em saúde, na medida em que ações integrais se referem a “efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (Cadernos HumanizaSUS, 2014, p. 10).

”

Nesse sentido, o processo de humanização é entendido como mudanças que são construídas em conjunto, por vários atores do setor da saúde em um ambiente democrático. A proposta do Índice compreende as três dimensões apontadas pela PNH e pelo HumanizaSUS. Essas três dimensões que relacionam esses atores do

processo de humanização: a) a dimensão do *cuidado* se refere ao cuidados no pré-parto, parto e pós-parto, incluindo, assim, indicadores básicos desses momentos; b) a dimensão *usuário* se relaciona com a percepção do usuário sobre a humanização nos processos adotados no hospital; e c) a dimensão *gestão participativa* reflete a existência de práticas de humanização e democratização nas relações de trabalho no hospital, entre as diversas categorias de trabalhadores.

O Índice é, assim, um resultado que reflete o desempenho da instituição nessas três dimensões. O processo de elaboração desse índice contou com uma série de etapas que se filia a uma tradição metodológica participativa e ascendente, trazendo as vozes de diferentes grupos de interesse para compor um material final que possa traduzir a complexidade do tema a partir de consensos, oriundo de espaços de interlocução pensados para este projeto.

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir dos descritores de "humanização" em bases de dados como *PubMed* e *SciELO* e uma imersão dos pesquisadores nas publicações, cartilhas e manuais do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de SP sobre o tema humanização. A leitura foi realizada por dois diferentes pesquisadores com o intuito de selecionar indicadores preliminares, que trouxessem o tema de humanização no contexto da saúde materno-infantil, já debatidos e

existentes no campo da política de saúde. Os 51 possíveis indicadores foram nominados, explicados e relacionados com sua referência bibliográfica e foram levados como sugestão para o Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, que discutiu a pertinência dos achados nos objetivos e conceitos compreendidos pelos técnicos da Política de Humanização. Neste momento foram mantidos 38 indicadores, que foram levados para a próxima etapa de validação feita em Oficinas de Construção de Consensos.

A ideia de executar oficinas de consenso no sancionamento, exclusão ou sugestão de indicadores parte do pressuposto de que se trata de um momento potencializador da participação de diferentes atores e de compartilhamento de saberes e práticas em torno do objetivo comum da humanização nas maternidades. Esta técnica já foi referida e validada em outros estudos desta natureza (ONOCKO CAMPOS ET AL. 2010; FURTADO ET AL. 2013). Sabe-se que o campo da saúde é plural e com múltiplos interesses e compreensões, portanto foram convidados *stakeholders* heterogêneos, com caráter técnico, que pudessem contribuir com diferentes olhares nos indicadores propostos.

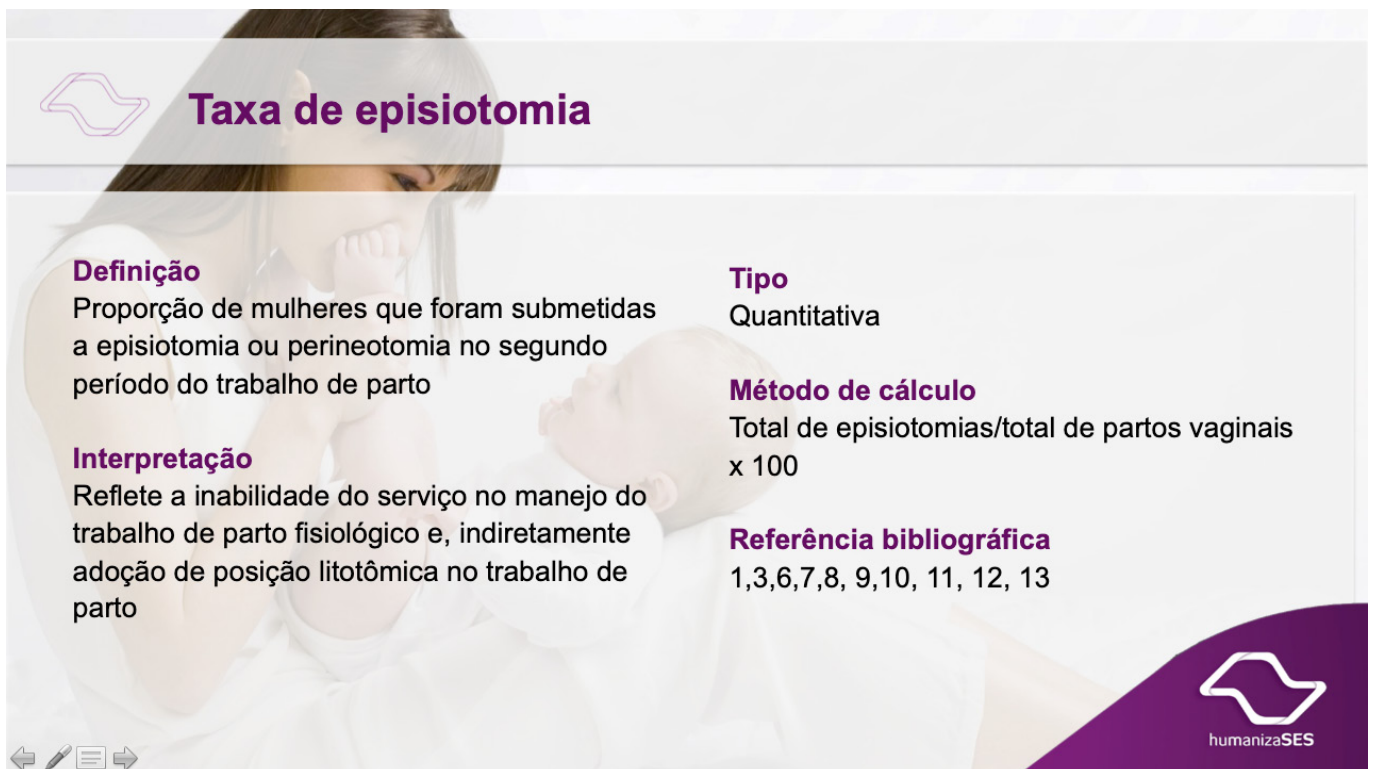
Os participantes da Oficina tiveram acesso prévio ao material e durante o encontro presencial foi realizado a apresentação da metodologia, dos indicadores e o objetivo do encontro: analisar os indicadores, alterá-los, excluí-los ou ampliá-los a partir de um

debate moderado por dois técnicos guiados pelas seguintes perguntas: É um indicador de Humanização? Ele mede o que se propõe a medir? A base de dados é confiável?? É possível captar estes dados (estão disponíveis)?

Os Indicadores foram divididos em três temáticas paralelas, em que os participantes foram indicados a partir de sua proximidade com cada eixo, a saber: Gestão Participativa, Cuidado

e Usuário. Os facilitadores abriam o slide do indicador que continha o nome, definição, interpretação, tipo (qualitativo, quantitativo), método de cálculo e referência bibliográfica (figura 1). A partir da leitura, com os participantes em roda, abria-se o debate sobre o indicador buscando atingir os objetivos. As novas construções eram expostas em tempo real e ao final foram pactuados 35 indicadores para a próxima fase de validação.

Figura 1: Modelo do slide trabalhado na Oficina de Construção de Consenso



Taxa de episiotomia

Definição
Proporção de mulheres que foram submetidas a episiotomia ou perineotomia no segundo período do trabalho de parto

Interpretação
Reflete a inabilidade do serviço no manejo do trabalho de parto fisiológico e, indiretamente adoção de posição litotômica no trabalho de parto

Tipo
Quantitativa

Método de cálculo
 $\text{Total de episiotomias} / \text{total de partos vaginais} \times 100$

Referência bibliográfica
1,3,6,7,8, 9,10, 11, 12, 13

humanizaSES

Mesmo com participação intensa dos participantes durante a Oficina havia uma preocupação de que alguns pudessem sentir-se cerceados em seus posicionamentos, por questões de assimetria de poder, dificuldade em se expor em grupos ampliados ou outros aspectos tácitos. Buscando dirimir esta variável, os indicadores passaram por uma análise a distância, utilizando-se da metodologia de classificação *likert*.

Todos participantes receberam um link da plataforma *Google Forms* que continha o material exato pactuado na fase anterior. Foi solicitado que eles estabelecessem um valor de 0 a 10 (sendo zero, não preenche os critérios propostos e 10 preenchem os critérios propostos) a partir dos seguintes pressupostos:



Validade, grau no qual o indicador atinge o seu propósito e identifica as situações nas quais a qualidade da assistência ou do gerenciamento deve ser melhorada;



Atribuível, capacidade que o indicador possui de refletir qualidade da prática à qual se relaciona;



Credibilidade, traduz o quanto o indicador é de fácil entendimento;



Sensibilidade, grau no qual o indicador é capaz de identificar todas as situações que apresentam problemas reais de qualidade;



Especificidade, grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem reais problemas de qualidade;



Acessível, os dados necessários para compor o cálculo do indicador podem ser acessados rapidamente e com custo mínimo;



Comunicável, indicador é facilmente explicado e de simples compreensão pelo público;



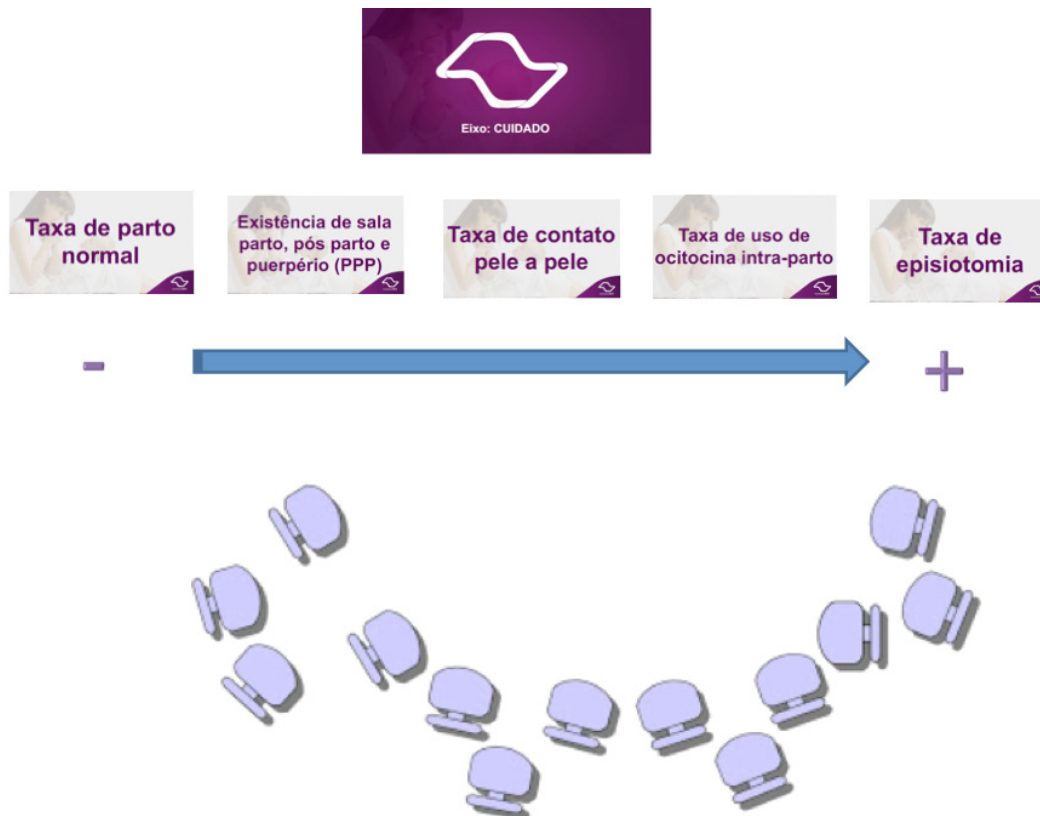
Exequível, a medida é aplicável, objetiva e permite mensurar, sem julgamento subjetivo

Foi definida a nota 7,0 como média de corte, mas ao final todos atingiram médias superiores a 8,2 e os 35 indicadores foram mantidos.

Na última Oficina, realizada para hierarquização dos indicadores com os mesmos participantes da primeira oficina, o material final foi apresentado e divididos nos

mesmos grupos temáticos. Os indicadores foram impressos em filipetas de fácil visualização e expostos horizontalmente. O objetivo era organizar os indicadores por ordem de importância, para apoiar a equipe estatística no momento de ponderar as pontuações (que será explicitado no tópico 3).

Figura 2: Modelo esquemático da Oficina de Hierarquização dos Indicadores



O momento das oficinas foi fundamental, no qual, com a ajuda dos profissionais, os indicadores foram selecionados e hierarquizados de acordo com a sua relevância para a humanização.

Os Indicadores sugeridos e utilizados para composição do Índice foram divididos por eixo e aplicados no Hospital e Maternidade Interlagos (HMI) para validação. Na validação perceberam-se ambiguidades na formulação de alguns indicadores, mostrando que as variáveis eram pouco sensíveis à problemática que era avaliada, podendo gerar confusão. Para corrigir essas distorções e objetivando homogeneizar a aplicação dos questionários, foram alterados, fundidos ou excluídos indicadores considerados redundantes ou inadequados.

Tabela 1: Indicadores excluídos e a justificativa

EIXO	INDICADORES EXCLUÍDOS CONFORME ORIENTAÇÃO TÉCNICA	JUSTIFICATIVA
Cuidado	Partos em posição não litotômica	Considerou-se que esse indicador já é captado pelo indicador “liberdade de posição” no Eixo Usuário.
Usuário	Presença do acompanhante	Considerou-se que a presença ou não do acompanhante não decorre de uma decisão do hospital, mas da paciente. O hospital será avaliado conforme a informação sobre o direito ao acompanhante e as condições de permanência do mesmo.
	Acesso à equipe	Considerou-se que esse indicador não teve resultados objetivos na aplicação piloto e que a captação das informações sobre o acolhimento já contemplavam o entendimento do “acesso à equipe”.
	Recebeu agendamento para a puérpera e para o bebê na atenção primária.	Considerou-se que esse indicador teria problemas de captação se perguntado diretamente à paciente (conforme período da internação) e que uma proxy dele já era captado no Eixo Gestão conforme o indicador “Há ações de fortalecimento da articulação da rede assistencial”.
	Recebeu orientações	Considerou-se um indicador cuja captação é confusa e dependeria de outras variáveis para ser efetivo (como período da internação, número de filhos, nível de risco do parto, etc.). A aplicação poderia trazer distorções na construção do IHM. Seu conteúdo também é objeto de ações específicas que contribuem, indiretamente, para a melhora da humanização das maternidades.
	Confiança na maternidade	Considerou-se uma informação passível de distorções na aplicação piloto.
Gestão	Certificação “Hospital amigo da criança”	Considerou-se um indicador redundante.

Ao final, foram definidos 28 indicadores para a composição inicial do IHM, explicitados abaixo e divididos pelos eixos:



EIXO CUIDADO

O **eixo cuidado** conta, assim, com os seguintes indicadores:

i. Taxa de parto normal, cuja definição é: a proporção de partos realizados por via vaginal, naturais ou via instrumental (uso de fórceps ou vácuo extrator). Esse indicador reflete as ações que o hospital aplica para favorecer a fisiologia do nascimento e evitar cirurgias cesarianas mal indicadas (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2014 e 2017).

** Este indicador foi proposto originalmente contendo a variável de Classificação de Robson (que é indicado pela Organização Mundial da Saúde desde 2015 para monitorar taxas de parto cesária). Trata-se de uma classificação por grupos de risco (1 a 10), e na proposta do grupo que debateu este indicador, o índice deveria ficar nos grupos de 1 a 4. Todavia, a captação deste indicador, por dados secundários, não foi possível. Uma das propostas seria incluir esta informação no momento do parto ou comparar somente maternidades da mesma complexidade.*

ii. Existência de sala pré-parto, parto e pós-parto (PPP): Esse indicador aponta a existência ou não de um ambiente destinado à assistência à mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação). Ele reflete a presença de ambiência adequada para favorecer a fisiologia do nascimento e para oferecer conforto e privacidade à mulher e ao seu acompanhante (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014, 2015 e 2017).

iii. Taxa de contato pele a pele: Estabelece a proporção de recém-nascidos que são colocados em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, de modo contínuo e prolongado (mínimo de uma hora). Este indicador capta as ações focadas na família e facilitação para vínculo precoce entre mãe e bebê e de estímulo ao aleitamento materno, independentemente do tipo de parto (Ministério da Saúde do Brasil, 2013a, 2014, 2015 e 2017);

iv. Taxa de uso de ocitocina intra-parto: Indica a proporção de mulheres que recebem ocitócito durante a trabalho de parto. Mensura a possibilidade de abuso da ocitocina no trabalho de parto (Ministério da Saúde do Brasil, 2015; World Health Organization, 1996; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014 e 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; e The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015).

v. Taxa de episiotomia: Aponta a proporção de mulheres que foram submetidas à episiotomia ou perineotomia no segundo período do trabalho de parto. Este indicador reflete a inabilidade do hospital no manejo de parto fisiológico e, indiretamente, o estímulo para a adoção de posição litotômica no trabalho de parto (RAISANEN et al., 2014; JIAN, QIAN e GARNER, 2017; e AASHEIM, NILSEN e LUKASSE, 2017).

vi. Utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor: Indica se a instituição utiliza ou não métodos não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem, banhos, livre movimentação e livre escolha de posição. Mede a adoção de medidas de respeito ao parto fisiológico (LEMONS et al., 2017; GUPTA et al., 2017; KIBUKA e THORNTON, 2017; e COX e KING, 2015).

vii. Não realização dos procedimentos de rotina na primeira hora de vida do recém-nascido: indica a proporção de bebês que recebem os procedimentos de rotina posteriormente à primeira hora após o nascimento em mães e recém-nascidos saudáveis. Este indicador mensura o quanto a instituição respeita a primeira hora de nascimento, priorizando, assim, o contato mãe-bebê neste momento (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2015; The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015).

viii. Acolhimento com classificação de risco: Aponta se a instituição pratica o acolhimento com classificação de risco exclusiva para a gestante. O indicador analisa se o hospital respeita ou não a legislação vigente (Ministério da Saúde do Brasil, 2011 e 2013a).

ix. Atendimento ao parto de risco habitual é realizado por enfermeiro(a) obstetra ou obstetrix: o indicador mostra qual a proporção de partos de risco habitual atendidos por enfermeiro(a) obstetra ou obstetrix. Ele capta se a instituição compreende que estes profissionais são qualificados para a produção do cuidado e assistência ao parto de risco habitual (Ministério da Saúde do Brasil, 2011 e 2015; World Health Organization, 1996; e National Institute for Health and Care Excellence, 2014).



EIXO USUÁRIO

No eixo do usuário, os indicadores selecionados foram os seguintes:

- i. **A mulher recebeu analgesia quando solicitado:** mensura a proporção de mulheres que receberam analgesia de parto quando solicitaram. Este indicador avalia a capacidade da instituição de prestar esse cuidado com a mulher em trabalho de parto.
- ii. **Liberdade de posição:** o indicador ilustra se a mulher tem liberdade em escolher a posição que deseja adotar durante o trabalho de parto. Ele mostra se o hospital entende que o parto é um evento fisiológico que deve ser assistido como tal.
- iii. **Informação sobre o parto normal:** mede que proporção das mulheres que declarou ter sido informada sobre os benefícios do parto vaginal e a possibilidade de ter acesso à analgesia para o parto normal, se assim desejar. O indicador avalia se o hospital incentiva o parto normal e se oferece analgesia caso seja solicitado (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014 e 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; e The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015).
- iv. **Informação sobre analgesia:** aponta a proporção de mulheres que declarou ter sido informada sobre a possibilidade de receber analgesia para o parto normal, se assim desejar. Este indicador indica se a instituição respeita o desejo da mulher de receber analgesia se assim desejar.
- v. **Informação sobre o direito a acompanhante:** mostra a proporção de mulheres declararam ter sido informadas a respeito do direito a um(a) acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto. Este indicador qualifica se a instituição incentiva, reconhecendo a importância, a presença de acompanhante (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017; e Presidência da República do Brasil, 2005).
- vi. **Sinalização do ambiente:** analisa se as entradas, saídas, as unidades, os quartos, os banheiros, as áreas de triagem e acolhimento e as unidades de internação estão nomeados e sinalizados, de forma que a mulher e acompanhante possam se mover com segurança no hospital. O indicador reflete a clareza da ambiência proporcionado à mulher e à sua família dentro da instituição (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2013b e 2014).
- vii. **Horário de visita estendido:** avalia se o horário de visitas se estende, pelo menos, por oito horas ao dia. O indicador ilustra se a instituição oferece maior participação da família (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017).

viii. Higiene: capta a percepção das mulheres acerca da higiene da instituição (corredores, quartos e banheiros). Este indicador reflete a ambiência adequada para favorecer a fisiologia do nascimento e oferecer conforto e segurança à mulher e ao acompanhante (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017).

ix. Estrutura para receber o acompanhante: mostra a avaliação da mulher sobre as instalações oferecidas ao acompanhante (alimentação, banheiro, espaço para pernoite).

x. Acolhimento da equipe: capta a avaliação da mulher sobre o tratamento da equipe médica com ela. Avalia se a equipe foi solícita e educada para com a mulher e acompanhante, de forma que as seguintes ações foram rotineiras: a mulher foi cumprimentada, o seu nome foi perguntado, a equipe médica se apresentou e informou sua função na instituição, as necessidades da mulher foram questionadas, foi utilizada uma linguagem simples e clara. O indicador mensura, assim, se a instituição preza por oferecer um ambiente amigável e acolhedor para a gestante e puérpera, assim como para o(a) acompanhante (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017).

xi. Consentimento: aponta a percepção da mulher acerca da solicitação para a permissão dos procedimentos oriunda dos profissionais que lhe prestaram assistência. O indicador busca mensurar, assim, se a instituição respeita a autonomia e o protagonismo da mulher, respeitando sempre os limites da segurança (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014 e 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; e The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015).

xii. Privacidade: mostra a percepção da mulher se ela foi sempre avaliada em ambiente privativo, sem interrupções e com as portas, cortinas, biombos, etc., fechados. Ademais, aponta se durante o trabalho de parto a mulher permaneceu em espaço privado e apenas com a equipe necessária para realizar o atendimento. Este indicador reflete a ambiência adequada para favorecer a fisiologia do nascimento, bem como em dar conforto e privacidade à mulher e acompanhante (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017).

xiii. Acesso ao espaço de reclamação e de sugestão: avalia o julgamento da mulher a respeito da sinalização visível e se estão disponíveis formas (papel, caneta e apoio para escrita) para que a mulher e acompanhantes possam realizar críticas ou elogios à instituição (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2014 e 2017).



EIXO GESTÃO

○ *eixo da gestão participativa, finalmente, apresenta os seguintes indicadores:*

i. Qualidade do processo de trabalho (satisfação e segurança): busca compreender a percepção dos profissionais acerca da satisfação pessoal sobre seu trabalho na instituição e se percebem que participam efetivamente na avaliação e revisão dos processos de trabalho nos quais estão envolvidos (Ministério da Saúde do Brasil, 2013a, 2013b e 2013c).

ii. Realização sistemática/regular de reunião de equipe visando uma produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho: analisa se há a percepção entre os profissionais de que há reuniões sistemáticas/ regulares da equipe multiprofissional com espaço para discussão de casos clínicos, com o intuito de uma construção coletiva de conhecimento (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a, 2013b, 2013c e 2014).

iii. Realização de reuniões periódicas do colegiado gestor: aponta a percepção dos profissionais da instituição sobre a realização de reuniões periódicas do colegiado gestor para a avaliação de indicadores e proposição de soluções e metas. O indicador indica a preocupação da instituição com a melhoria contínua de seus serviços, tratando a questão de forma coletiva (Ministério da Saúde do Brasil, 2013a e 2013c).

iv. Existência de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): avalia se a instituição possui um grupo de trabalho com reuniões periódicas, composto por representantes de diversos setores e serviços da unidade, com o objetivo de dar apoio institucional e disseminar o conceito e as práticas e humanização. O indicador ilustra o comprometimento de que todos os processos de trabalho da instituição estejam atrelados com as práticas correntes de humanização (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a e 2013c).

v. Plano Institucional de Humanização: avalia se a instituição realiza um plano institucional anual de humanização que conte com a participação dos diversos setores e serviços (por meio da comissão de humanização ou GTH), e que tenha como fonte de orientação as necessidades dos usuários e profissionais de saúde na execução dos processos de trabalho. O plano deve estar integrado ao plano estratégico da unidade (Ministério da Saúde do Brasil, 2011, 2013a e 2013c).

vi. Fortalecimento da articulação com a rede assistencial: avalia a percepção dos profissionais da instituição acerca da realização de ações que favoreçam sua integração com a rede assistencial, visando assegurar a transição do cuidado com puérpera e recém-nascido no pós-alta (Ministério da Saúde do Brasil, 2013a e 2013c).



3.

Procedimentos Metodológicos

3.1 Desenho do estudo

A partir da escolha dos indicadores para composição do Índice de Humanização em Maternidades (IHM), apontada na seção anterior, foi realizado um desenho das formas de captação das informações necessárias. Os indicadores das dimensões de usuário e gestão participativa seriam obtidos através de questionários aplicados, respectivamente, com um grupo de mulheres puérperas e trabalhadores das maternidades. O questionário da dimensão usuário visa investigar a experiência das mulheres usuárias dos serviços de saúde no que diz respeito ao parto humanizado. O questionário da dimensão da gestão participativa, por sua vez, visa captar a percepção dos trabalhadores sobre a humanização no ambiente de trabalho, relacionando-o, de acordo com a concepção ampla de humanização destacada anteriormente, à democratização da estrutura de gestão da maternidade. Finalmente, a dimensão do cuidado é composta por taxas fornecidas pela maternidade, a maioria delas já captadas em função de outras demandas institucionais.

Nesse estudo, foram consideradas as mulheres puérperas de 15 a 49 anos que tiveram filhos nascidos vivos e que estavam internadas nas maternidades. O recorte etário foi determinado de acordo com o cálculo da taxa de fecundidade no Brasil e no mundo, que estabelece que o período fértil de uma mulher ocorre entre as idades de 15 e 49 anos (CARVALHO, SAWYER E RODRIGUES, 1998). O desenho do estudo não diferenciou as mulheres que tiveram parto normal/vaginal em relação as que tiveram parto cesárea ao fazer os cálculos dos indicadores.

Em relação à dimensão de gestão participativa, o estudo levou em consideração os profissionais envolvidos no atendimento e na implementação da humanização nas maternidades. Portanto, a aplicação dos questionários deve, com o intuito de abranger os setores de modo democrático, buscar atender a diversidade dos profissionais atuantes (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos, gestores, psicólogos, assistentes sociais, etc.).

3.2. Plano amostral

A construção da amostra representativa conta com dados sobre a população atendida pelas maternidades e profissionais que atuam nas maternidades. Logo, os dados fornecidos pela maternidade são importantes para o cálculo da amostra como será delineado na seção seguinte.

3.2.1 Técnicas de amostragem

A partir da natureza do estudo e a necessidade de representatividade estatística da amostra, optou-se por uma metodologia baseada na amostragem probabilística estratificada. A escolha por esse método está relacionada a heterogeneidade do grupo de mulheres que se está estudando (COSTA NETO, 1977). A hipótese de que a experiência dessas mulheres em relação aos serviços de saúde varia de acordo com a idade é justificado pelo fato de que quanto maior a idade da mulher maior a probabilidade de ter tido mais de um filho e logo ter feito uso do serviço de saúde mais de uma vez. Diante disso, a amostra foi dividida por estratos de grupos etários. Em relação a técnica de amostragem para a dimensão de gestão participativa, os profissionais serão estratificados por tipo de setor de atuação.

3.2.1.1. Estratos e unidades de seleção

A unidade primária de seleção das dimensões de usuário e de gestão participativa é a maternidade, a unidade secundária é, respectivamente, a mulher puérpera e o profissional atuante na maternidade. A amostragem precisa representar, estatisticamente, a população a qual se está interessado em captar. Utiliza-se, assim, o número de parturientes no período de um ano do hospital/maternidade como o tamanho da população, sendo a estratificação feita a partir de informações de idade.

Dessa maneira, as mulheres serão divididas em sete grupos quinquenais: 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos e 45 a 49 anos. A partir das informações sobre o número de parturientes em cada grupo etário, será calculado o tamanho da amostra estratificada.

A estratificação do grupo de profissionais que atuam na maternidade será de acordo com o total de setores de atuação. Em um estudo-piloto feito no Hospital e Maternidade de Interlagos em São Paulo, foram contabilizados oito tipos de profissionais (médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, técnicas em enfermagem e diretoria técnica). Tal número de setores de atuação poderá variar dependendo da maternidade em questão. Assim, é preciso ajustar essa estratificação ao ambiente que será amostrado.

3.2.1.2. Tamanho da amostra e erros de amostragem

Para determinar o tamanho da amostra de mulheres puérperas que serão entrevistadas, é preciso definir a margem de erro, o intervalo de confiança e o desvio padrão populacional da variável que estamos interessados.

Equação de população (<10000):

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

n = tamanho da amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, usualmente 1,96 (95%)

σ = desvio padrão populacional da variável;

E = Margem de erro máximo de estimativa. Usualmente utiliza-se 5%.

N = Tamanho da população

Esse procedimento será feito para cada estrato de cada dimensão. Portanto, são necessários os dados sobre o tamanho de cada estrato que podem ser fornecidas pela maternidade analisada.

3.3 Construção do Índice de Humanização

A metodologia empregada para a construção do IHM se assemelha a utilizada na construção do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF). Conforme apontam Barros, Carvalho e Franco (2003) o IDF é um indicador sintético composto que abrange seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. Uma das justificativas pelo uso deste índice é a insuficiência do IDH de compreender fenômenos importantes, dada o restrito leque de indicadores usados (tratamento inadequado da pobreza, por exemplo). O IHM também conta com uma maior complexidade do que IDEB e IDH. Conforme salientado na seção anterior: são três dimensões que abarcam 28 indicadores. Dessa forma, na concepção do IHM são aceitos argumentos para o uso de um número maior de indicadores na construção do índice, na medida em que tal número se relaciona com os diferentes anseios dos setores envolvidos com a humanização:



A escolha final de quais indicadores devem compor o índice sintético e de que pesos devem ser utilizados não é uma questão de técnica ou estatística. Essa escolha deve refletir preferências sociais e, portanto, deve ser uma questão a ser respondida pela sociedade e não por técnicos (BARROS, CARVALHO e FRANCO, 2003, p. 2).



Os primeiros passos na construção do índice foram relatados na seção 2, no que diz respeito à seleção das dimensões e aos indicadores que as compõe. A própria seleção arbitrária dos eixos e seus indicadores é uma limitação do IHM, na medida em que, inevitavelmente, deixa de captar todas as facetas da questão estudada. No entanto, a proposição de um tipo de indicador sintético sobre humanização, como o IHM, oferece a possibilidade de uma melhoria contínua do índice e a apuração de eventuais erros que serão percebidos na prática e decorrentes de novos anseios do público atingido pelo instrumento.

O segundo passo na construção de um indicador, conforme apontam Barros, Carvalho e Franco (2006), trata-se do ordenamento de cada indicador dentro das dimensões. No caso do IHM, tal procedimento consistiu em hierarquizar quais indicadores eram mais relevantes dentro de cada uma das três dimensões. Através de reuniões dos referidos grupos de consenso, os indicadores de cada dimensão foram hierarquizados utilizando como critério a importância relativa de cada indicador conforme o problema a ser investigado pelo IHM: a humanização em maternidades.

Desse modo, como apontado nos Quadros de 1 a 3 a seguir, foi determinada a hierarquia dos indicadores dentro de cada dimensão: no caso da dimensão do usuário, os indicadores foram hierarquizados da 1ª até a 13ª posição; no caso da dimensão do cuidado, os indicadores foram ordenados da 1ª até a 9ª posição; e na dimensão da gestão participativa, ocorreu tal ordenamento dos indicadores da 1ª até a 6ª posição. Ademais, apenas no caso da dimensão do usuário, em virtude do maior número de variáveis, foram atribuídos diferentes pesos aos indicadores. Nesse caso, aos cinco indicadores que encabeçaram a hierarquia foi atribuído um peso maior, representando, em conjunto, 50% do desempenho nessa dimensão (10% cada um desses cinco indicadores), enquanto nos outros oito indicadores tiveram a participação dos outros 50% (6,25% cada indicador). Nas outras duas dimensões, dado o menor número de indicadores, a distribuição do peso foi uniforme: cada indicador se responsabilizando por 1/9 do desempenho na dimensão do cuidado e 1/6 na dimensão da gestão participativa.

Quadro 1 – Indicadores da Dimensão Usuário, com ranking e peso

Ranking	Eixo Usuário	Pesos
1	Acolhimento da equipe	0,1
2	Informação sobre o parto normal	0,1
3	Informação sobre o direito ao acompanhante	0,1
4	Informação sobre a analgesia	0,1
5	Privacidade	0,1
6	Estrutura para receber o acompanhante	0,0625
7	Consentimento	0,0625
8	A mulher recebeu analgesia quando solicitado	0,0625
9	Liberdade de posição	0,0625
10	Horário de visita estendido	0,0625
11	Acesso ao espaço de reclamação e de sugestão	0,0625
12	Higiêne	0,0625
13	Sinalização do ambiente	0,0625

Quadro 2 – Indicadores da Dimensão Cuidado, com ranking e peso

Ranking	Eixo Cuidado	Pesos
1	Acolhimento com classificação de risco	1/9
2	Existência de sala pré parto, parto e pós parto (PPP)	1/9
3	Atendimento ao parto de risco habitual é realizado por enfermeira obstetra ou obstetrix	1/9
4	Taxa de contato pele a pele	1/9
5	Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor	1/9
6	Taxa de parto normal	1/9
7	Não realização dos procedimentos de rotina na primeira hora de vida	1/9
8	Taxa de uso de ocitocina intra-parto	1/9
9	Taxa de episiotomia	1/9

Quadro 3 – Indicadores da Dimensão Gestão Participativa, com ranking e peso

Ranking	Eixo Cuidado	Pesos
1	Plano institucional de humanização	1/6
2	Qualidade do processo de trabalho (satisfação e segurança)	1/6
3	Há ações de fortalecimento da articulação da rede assistencial	1/6
4	Grupo de trabalho de humanização	1/6
5	Reunião sistemática/regular de equipe com produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho	1/6
6	Reunião periódicas do Colegiado gestor	1/6

Um pressuposto usualmente adotado¹, e utilizado na concepção do IHM, é o de que sua escala deve variar entre 0 e 1. Assim, para manter tal pressuposto é necessário padronizar alguns indicadores cujo valor apurado não varia entre essa escala. Em alguns indicadores, dada sua natureza, a escala de variação foi de 1 a 5, necessitando, portanto, de uma padronização. Esse processo é realizado da seguinte forma:

$$B_f = \frac{B_i - l_{inf}}{L_{sup} - l_{inf}}$$

B_f = valor do indicador inicial.

B_i = indicador padronizado entre 0 e 1.

l_{inf} = limite inferior, ou seja, o valor mínimo do indicador.

L_{sup} = limite superior, ou seja, o valor máximo do indicador.

1. Como exemplo, pode-se apontar o IDH, destacado anteriormente, e o Coeficiente de Gini.

Após essa padronização, faz-se o cálculo do índice. Para isso, utilizou-se uma fórmula semelhante à criada por Barros, Carvalho e Franco (2006)²,

$$S = (1/3) \cdot \sum_k (1/m_k) \cdot \sum_j (1/n_{jk}) \cdot \sum_i B_{ijk}$$

Na qual B_{ijk} denota o i -ésimo indicador do j -ésimo componente da k -ésima dimensão, m_k o número de componentes de k -ésima dimensão, e n_{jk} o número de indicadores do j -ésimo componente de k -ésima dimensão. Dessa equação deriva-se:

$$S = \sum_k \sum_j \left(\frac{1}{(3m_k \cdot n_{jk})} \right) \cdot \sum_i B_{ijk}$$

Portanto,

$$S_{jk} = \left(\frac{1}{n_{jk}} \right) \sum_i B_{ijk}$$

Logo,

$$S_k = (1/m_k) \cdot \sum_j S_{jk} = (1/m_k) \cdot \sum_j \left(\frac{1}{n_{jk}} \right) \cdot \sum_i B_{ijk}$$

Têm-se:

$$S = (1/3) \cdot \sum_k S_k$$

Dessa forma, no caso da dimensão do usuário, S_{jk} , o valor é igual à média aritmética dos valores obtidos multiplicado pela ponderação determinada previamente. Nos casos das outras duas dimensões, o valor de cada indicador, S_k é a soma da média aritmética dos indicadores que as compõe. Dessa maneira, o índice de humanização, S , é a média aritmética dos indicadores sintéticos dos três eixos que o compõem.

2. Com alterações somente em relação à quantidade de dimensões e ao uso de média ponderada no eixo usuário.

4.

Considerações finais

O objetivo deste material foi apresentar o processo de elaboração do Índice de Humanização em Maternidades. Foi destacado, ao longo do texto, a importância do uso de indicadores como forma de construir, ao longo do tempo, medidas objetivas para subsidiar a tomada de decisão de políticas voltadas à humanização. Isso não significa, no entanto, que essa medida seja um fim em si mesmo, sendo a elaboração dos indicadores e do índice uma simplificação da realidade e, por conseguinte, insuficientes para, sozinhos, pautarem a discussão sobre a necessidade e as formas de melhoria da humanização das maternidades.

Conforme os requisitos apontados anteriormente, destaca-se a relevância social do IHM, uma vez que o tema da humanização e da violência obstétrica tem sido cada vez mais discutidos não apenas no meio acadêmico, como também na mídia e nos grupos de interesse. Considera-se também que o processo de construção do índice, pautado na formação de grupos de consenso e validação dos indicadores, tenha resultado em definições cuja validade abrange de um lado, a literatura acadêmica e, de outro, as experiências concretas dos profissionais. Ainda destaca-se a importância do IHM em termos de sensibilidade, uma vez que considerou-se, conforme a PNH e o HumanizaSUS, a humanização em seu sentido mais amplo, ou seja, abordando as três dimensões envolvidas no processo.

Essa metodologia, embora tenha gerado um número grande de indicadores, é uma forma relativamente pioneira de trabalho e, à medida que for aprimorada, deve ter resultados mais precisos na avaliação e condução das ações voltadas à humanização em maternidades. No entanto, os requisitos de cobertura, confiabilidade, especificidade, periodicidade e historicidade ainda carecem maior atenção. Isso porque a diversidade de indicadores e a opção pela aplicação de questionários específicos pode gerar distorções na coleta e tabulação entre diferentes instituições. Também é apenas a partir da coleta e avaliação periódicas das informações que será possível avaliar a confiabilidade e especificidade dos indicadores e, com isso, dar mais precisão ao IHM.

5.

Referências

AASHEIM, V., NILSEN A.B.V., REINAR, L.M., LUKASSE, M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6*, 2017.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. O Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)". In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE / PUC-SP, 2003, p. 241–265.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos 74*, p. 11-15, 2006.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. DOU. Brasil, 2005.

CARVALHO, J.A.M; SAWYER, D.O.; RODRIGUES, R.N. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia. *Textos didáticos*, São Paulo: ABEP, 64p. 1994. 2. ed. rev.1998.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1349-1359, jun, 2007.

COSTA NETO. P.L.O. *Estatística*. São Paulo, Edgard Blucher, 264p, 1977.

COX, K.J.; KING, T.L. Preventing Primary Cesarean Births: Midwifery Care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*; 58 (2): 282–293, 2015.

FURTADO, J. P., ONOCKO-CAMPOS, R. T., MOREIRA, M. I. B., & TRAPÉ, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 102-110. 2013

GUPTA, J.K., SOOD, A., HOFMEYR, G.J., VOGEL, J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, 2017.

JIANG H., QIAN, X., CARROL, G., GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

KIBUKA, M., THORNTON, J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2017.

LEMOS, A., AMORIM, M.M.R., DORNELAS DE ANDRADE, A., DE SOUZA, A.I., CABRAL FILHO, J.E., CORREIA, J.B. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. DOU. Brasil, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 2013a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU. Brasil, 2013b.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). DOU, Brasil, 2013.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de Maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU, Brasil. 2014.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 DE Agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU. Brasil, 2015.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf . Acesso em 18/07/17, às 5:50.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. December 2014. Disponível em: nice.org.uk/guidance/cg190. Acesso em: 16/7/17, às 3:40.

CAMPOS, R. T. O., MIRANDA, L., GAMA, C. A. P. D., FERRER, A. L., DIAZ, A. R., GONÇALVES, L., & TRAPÉ, T. L. . Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 10(1), 0-0. 2010

RAISANEN, S., SELANDER, T., CARTWRIGHT, R., GISSLER, M., KRAMER, M.R., et al. The Association of Episiotomy with Obstetric Anal Sphincter Injury– A Population Based Matched Cohort Study. PLoS ONE.2014.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion No. 687. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2017.

_____. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No 1. Obstet Gynecol, 2014.

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. 2015.

World Health Organization. Care in Normal Birth. Geneva. 1996.

Apoio



Comitê Gestor

