

Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços

Abortion care in the Brazilian National Health Service in the Northeast of Brazil: the structure of services

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves ¹
 Thália V. Barreto-de-Araújo ²
 Sandra Valongueiro Alves ³
 Lilian F. B. Marinho ⁴
 Eleonora Schiavo ⁵
 Greice Menezes ⁶
 Liberata Campos Coimbra ⁷
 Cláudia Teresa Frias Rios ⁸
 Ana Cláudia Rodrigues ⁹
 Ulla Macedo Romeu ¹⁰
 Estela M. L. Aquino ¹¹
 Luci Praciano Lima †

^{1,7,8} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, 155. Centro. São Luís, MA, Brasil. CEP: 65.020-070. E-mail: mtseabra@gmail.com

^{2,3,9} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

⁴ Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

^{5,6,10,11} Programa Integrado em Gênero e Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

† Falecida em 1 Dez 2012.

Abstract

Objectives: to assess the structure of maternity hospitals that provide care for woman undergoing abortions in the Brazilian National Health Service in the cities of Salvador, Recife and São Luís.

Methods: three maternity hospitals were selected in each State capital. The data were obtained by way of interviews with the service manager or team of directors and direct observation. The interviews involved 120 questions divided into six sections – physical infrastructure, material resources, human resources, consumable materials, health education and management tools, covering four areas of evaluation – materials/physical environment; technical quality and care management; reception/guidance and continuity of care. The results were presented as a percentage of the maximum possible score: adequate ($\geq 80\%$); average (50% - 79%); inadequate ($< 50\%$).

Results: the highest scoring sections were physical infrastructure, material resources and consumable materials. Health education and management tools received the worst scores. No unit was deemed to have attained an adequate level of care. Seven were classified as average and two as inadequate.

Conclusions: the units studied did not have an adequate structure for the intended abortion care model. There is a need for intervention to improve the structure of abortion care services and to promote the humanization of care.

Key words Health evaluation, Structure of services, Abortion, Health care

Resumo

Objetivos: avaliar a estrutura de maternidades que prestam atenção a mulheres em situação de abortamento no Sistema Único de Saúde, em Salvador, Recife e São Luís.

Métodos: foram selecionadas três maternidades em cada capital. Os dados foram obtidos por entrevista com gerente do serviço ou equipe de direção e observação direta. Utilizou-se instrumento com 120 questões pontuadas abrangendo seis componentes – planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão que incorporam quatro dimensões de avaliação – insumo/ambiente físico; qualidade técnica e gerencial do cuidado; acolhimento/orientação e continuidade da atenção. Os resultados foram categorizados pelo percentual obtido em relação ao máximo esperado: suficiente ($\geq 80\%$); intermediário (de 50% a 79%); insuficiente ($< 50\%$).

Resultados: os componentes melhor pontuados foram planta física, recursos materiais e material de consumo. Educação em saúde e ferramentas de gestão tiveram pior pontuação. Nenhuma unidade atingiu nível considerado suficiente. Sete foram classificadas no nível intermediário e duas insuficiente.

Conclusões: as unidades estudadas não apresentam estrutura adequada para o modelo de atenção ao abortamento preconizado. Há necessidade de intervenções para qualificar a estrutura dos serviços para a atenção ao aborto e promover a humanização do cuidado.

Palavras-chave Avaliação em saúde, Estrutura de serviços, Aborto, Atenção à saúde

Introdução

A curetagem pós-aborto tem sido um dos procedimentos obstétricos mais realizados nas unidades de internação na rede pública de serviços de saúde no Brasil.¹ Ainda que se observe uma redução da sua ocorrência, nas últimas duas décadas, persistem diferenças regionais importantes, com as internações por abortamento sendo mais frequentes no Nordeste, Norte e Centro-oeste; nestas regiões, entre 1992 e 2005, o número de hospitalizações manteve-se praticamente inalterado ou mesmo elevou-se entre mulheres mais jovens.²

A avaliação da qualidade da atenção obstétrica no Brasil não tem sido realizada com frequência, e os estudos existentes são voltados à atenção ao pré-natal e ao parto.³⁻⁵ Seus resultados evidenciam problemas relativos à estrutura das maternidades e ao modelo de atenção, que combina insuficiências - como o não cumprimento da lei que prevê a presença do acompanhante⁶ - com intervenções desnecessárias, como a episiotomia e as cesarianas.⁷

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento,⁸ destacando o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento como diretrizes para essa atenção. Entretanto esse documento não define indicadores de avaliação da estrutura disponível para um processo de trabalho adequado.

Ainda que a boa estrutura não seja suficiente para assegurar a qualidade do cuidado em saúde, suas deficiências, quando presentes, podem comprometer a atenção e influenciar o desfecho dos casos.⁹ Na literatura internacional, a iniciativa da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia para a prevenção do aborto inseguro, envolvendo 43 países, apontou que a insuficiência de recursos de infraestrutura associada à complexidade do tema - face à criminalização do procedimento em muitos países, além dos aspectos religiosos e éticos envolvidos - foi a principal barreira para a implementação de projetos de prevenção de aborto inseguro nesses países.¹⁰

Este estudo se insere na pesquisa Complicações precoces da gravidez e atenção prestada na rede SUS no Nordeste: uma abordagem interdisciplinar e multicêntrica (GravSUS-NE) que teve entre seus objetivos avaliar a qualidade da atenção prestada às mulheres admitidas por complicações do aborto em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), comparando três cidades da Região Nordeste - Salvador, Recife e São Luís.¹¹ Neste artigo são apresentados resultados da aplicação de instrumento

proposto na pesquisa GravSUS-NE para avaliar a estrutura de maternidades do SUS que prestam atendimento a mulher em situação de abortamento.

Métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa realizada em nove maternidades da rede SUS, três de cada cidade - Salvador, Recife e São Luís, as quais foram selecionadas com base nos seguintes critérios: apresentar maior volume de curetagens uterinas e menor razão parto/aborto, devendo pelo menos uma das unidades dispor de serviço de abortamento legal e/ou de atividades de ensino de graduação e/ou pós-graduação em obstetrícia e/ou leitos de terapia intensiva para adultos.

O questionário de estrutura aqui utilizado foi adaptado do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da assistência ao parto, validado no Brasil⁴ e aplicado em pesquisa de avaliação de qualidade das maternidades públicas de São Luís.³ Foram ainda consultados normas e parâmetros para estabelecimentos hospitalares definidos em documentos oficiais nacionais e internacionais.¹²⁻¹⁶

O questionário adaptado foi submetido à apreciação de especialistas com experiência reconhecida em avaliação em saúde e/ou saúde da mulher, sendo incorporadas as sugestões julgadas pertinentes, na versão final do instrumento. Buscando obter a padronização necessária para aplicação em três diferentes cidades foi elaborado o manual com instruções para pontuação dos itens do questionário.

O instrumento contempla aspectos gerais da unidade e questões para avaliação da estrutura, segundo quatro dimensões traduzidas em 12 critérios, os quais são organizados em seis componentes: planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão (Figura 1).

O modelo teórico da avaliação utilizado no GravSUS-NE se reflete na complexidade do questionário elaborado. Pretendeu-se não se limitar a avaliação aos componentes planta física, recursos materiais e humanos, bem como materiais de consumo, mas também abordar a disponibilidade de itens de estrutura relacionados a dimensões menos frequentemente abordadas, tais como educação em saúde e ferramentas de gestão.

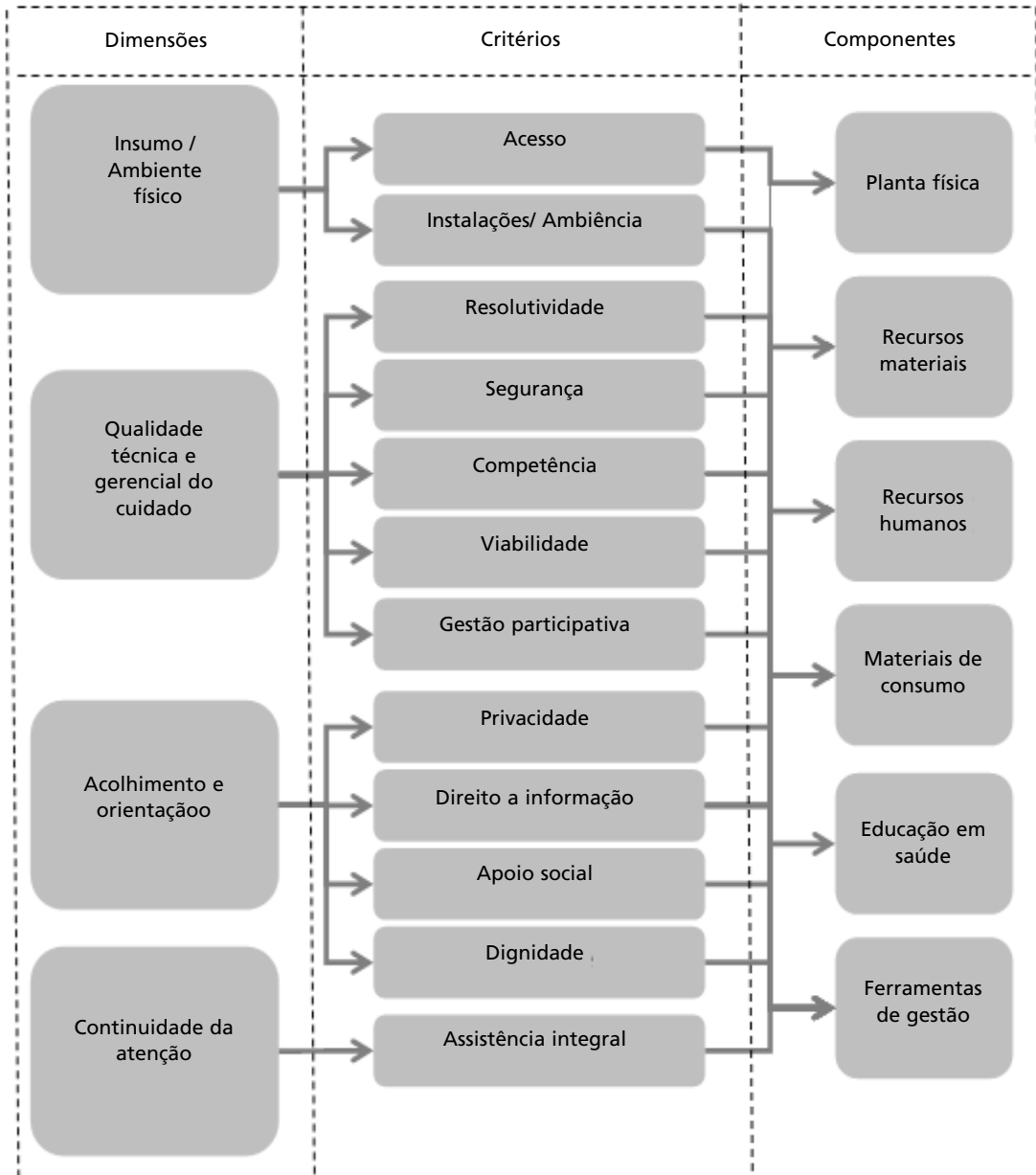
Nos componentes “planta física” e “recursos materiais”, as questões foram organizadas em módulos contemplando dados gerais da maternidade e aqueles relativos aos setores percorridos durante a assistência (recepção, unidade de assistência

obstétrica e unidade de acompanhamento clínico pós-procedimento de esvaziamento uterino). Estas questões abordam condições de acesso entre os diferentes setores da unidade, instalações, disponibilidade de mobiliário, roupas e lençóis, instrumentais e equipamentos médicos, na perspectiva de asse-

gurar privacidade, segurança, ambiência e conforto, resolutividade e qualidade técnica do cuidado. Nessa perspectiva, o instrumento aborda a disponibilidade dos insumos no setor/serviço capaz de demonstrar os valores definidos no quadro teórico da pesquisa.

Figura 1

Dimensões, critérios e componentes do instrumento de avaliação da estrutura de unidades de atenção hospitalar ao aborto em Salvador, Recife e São Luís, 2011.



As questões do componente “recursos humanos” indagam sobre a composição, capacitação gerencial e técnica da equipe, número de profissionais, regime de trabalho e carga horária disponível. Em “material de consumo” é avaliada a disponibilidade de medicamentos básicos, de insumos para realização do procedimento de esvaziamento uterino, de exames complementares, de material educativo e outros.

Quanto ao componente “educação em saúde”, é considerada a existência de normas ou protocolos para realização de atividades educativas, oferta de informação sobre a existência de serviços de aborto previsto em lei e sobre contracepção, cuidados no pós-abortamento, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e orientação pós-alta.

No componente “ferramentas de gestão” são avaliadas a existência e disponibilidade de protocolos e normas técnicas relacionadas para as diferentes responsabilidades da gestão, como protocolos para encaminhamentos para outros serviços ou setores, vigilância de óbitos de mulheres em idade fértil e normas para articulação com movimentos sociais.

Treze outras questões - denominadas *plus* - são distribuídas em todos os componentes. Na planta física, foram escolhidas a existência de “sanitário e pia para usuária em cada consultório médico” e de “uma sala de recuperação para cada dez leitos de internação”. Em recursos materiais, a existência de “equipamento para realização de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU), em condições de funcionamento” e de “sistema de comunicação entre pacientes e centro de enfermagem”. No componente de recursos humanos, foram selecionados aspectos como: existência de “chefe do serviço com especialização em Ginecologia e Obstetrícia (GO)”; “presença de médico especialista em GO nos plantões nas 24 horas”; “disponibilidade de médicos capacitados em AMIU nas 24 horas”; “chefia de enfermagem capacitada em administração e organização de serviços de saúde ou em saúde pública” e “profissional capacitado para função de recepcionista”. Quanto ao componente material de consumo, foi reservada como questão *plus* a “existência e provisão regular de absorvente, toalha, roupa individual e de cama”. A existência de protocolo para realização de “atividades de orientação sobre prevenção de DST/AIDS” foi escolhida a questão *plus* do componente educação em saúde.

O questionário inclui um total de 120 questões. A cada componente foi atribuída pontuação, cuja soma máxima totaliza 1000 pontos. Também foi definida previamente uma pontuação máxima para

cada componente e esse valor foi distribuído pelo número de questões de cada componente. O número de questões variou de seis (educação em saúde) a 33 (planta física). Foi definido valor zero para pontuação mínima e metade da pontuação máxima para a intermediária. Para a maioria das questões, são consideradas três alternativas de pontuação: mínima, se o item estiver ausente; intermediária, se estiver presente de forma parcial; máxima se estiver integralmente presente. O valor da pontuação mínima, intermediária e máxima variou de acordo com o componente avaliado. Em cada componente foram identificadas questões que, por agregarem maior qualidade aos serviços, receberam maior valor e foram identificadas como “questões *plus*”. A escolha dessas questões se deu por consenso do grupo de pesquisadores, a partir do preconizado e definido nas normas brasileiras e internacionais de atenção obstétrica (Tabela 1). O bloco de questões sobre características gerais da unidade não é pontuado.

Os questionários foram aplicados em entrevista face a face por pesquisadoras da área da saúde, conhecedoras dos objetivos do estudo e capacitadas para essa atividade. Foram respondidos pelos gerentes dos serviços, incluindo diretores das maternidades e chefias de enfermagem num total de 20 entrevistados. As informações foram complementadas por profissionais designados pela direção, na maioria dos casos, as chefias de enfermagem. Estas informações foram confirmadas pela observação direta das pesquisadoras ou pela consulta a documentos do próprio serviço, como normas, relatórios ou atas. Dessa forma a observação direta contemplou os itens referentes a equipamentos, insumos, mobiliário e protocolos.

A informação obtida a partir da percepção dos entrevistados incorpora, como limitação, a subjetividade dos sujeitos. Para alguns itens, as respostas acerca da suficiência de insumos não foram baseadas em parâmetros objetivos que contemplassem o cotejamento entre necessidade e disponibilidade.

A análise foi realizada somando-se os pontos obtidos na aplicação do questionário. A estrutura disponível em cada maternidade foi avaliada em relação ao total esperado face às recomendações e normas do quadro ético-normativo adotado pela pesquisa e os resultados categorizados em: “suficiente”, se maior ou igual a 80%; “intermediário”, entre 50% e 79% e “insuficiente”, se abaixo de 50%.¹¹

Com o objetivo de manter o anonimato, as maternidades foram nomeadas com as letras A, B e C em Salvador, D, E e F no Recife e G, H e I em São Luís. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética

das três universidades envolvidas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do

Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Tabela 1

Número e pontuação das questões segundo componentes do instrumento de avaliação da estrutura de unidades de atenção hospitalar ao aborto em Salvador, Recife e São Luís, 2011.

Componentes	Valor total do componente	Questões		Questões <i>plus</i>		
		N	Pontuação máxima	N	Pontuação	Relação pontuação máxima e <i>plus</i>
Planta física	150	33	4	2	13	3,25
Recursos materiais	150	32	4	2	15	3,75
Recursos humanos	150	19	6	6	12	2,00
Material de consumo	150	7	20	1	30	1,50
Educação em saúde	100	6	16	1	20	1,25
Ferramentas de gestão	300	23	13	1	14	1,07
Total	1.000	120	-	13	-	-

Resultados

Das nove maternidades estudadas seis tinham gestão estadual e somente uma no Recife era de baixa complexidade. O número de leitos obstétricos variou de 40 a 106 com mediana de 64 leitos. Todas desenvolviam algum tipo de atividade de ensino de graduação e pós-graduação para enfermagem e medicina. Residência de Enfermagem Obstétrica estava presente nas três maternidades do Recife e em nenhuma das outras cidades (Tabela 2).

Na média global da pontuação por cidade, o componente material de consumo foi o melhor pontuado, tendo as unidades de Salvador e do Recife alcançado o nível suficiente e aquelas de São Luís obtiveram avaliação intermediária. Os recursos materiais eram suficientes no Recife, ficando Salvador e São Luís em situação intermediária, respectivamente 79,1% e 69,3%. Recursos humanos eram suficientes apenas no Recife. Nas três cidades, os componentes planta física e recursos humanos situaram-se em nível intermediário. O componente Ferramentas de Gestão também alcançou pontuação global intermediária em Salvador e no Recife, ficando insuficiente em São Luís. A pior avaliação foi constatada no componente educação em saúde, onde as três cidades apresentaram avaliação insuficiente (Figura 2a).

Analisando-se estes componentes ao interior de cada cidade, observou-se, em Salvador, desempenho equivalente nos três estabelecimentos quanto a recursos humanos, recursos materiais e material de consumo. Diferiam em planta física, onde a maternidade A teve melhor pontuação (79,6%); e em ferramentas de gestão, onde a maternidade B foi a melhor pontuada (71,8%), ainda que ambas em nível inter-

mediário. O componente educação em saúde foi insuficiente em todas as maternidades (Figura 2b).

No Recife, destacaram-se as maternidades D e E, a primeira alcançando nível suficiente nos componentes recursos materiais (94,6%), material de consumo (90,0%) e planta física (89,3%) e a segunda em recursos humanos (92,0%) e ferramentas de gestão (82,6%). No componente educação em saúde todas as maternidades obtiveram pontuação insuficiente, com a maternidade F tendo pontuação nula (Figura 2c).

Em São Luís, a maternidade G se destacou das demais com pontuação intermediária nos componentes recursos humanos (79,7%), recursos materiais (79,7%), planta física (74,3%) e educação em saúde (50,0%). Em material de consumo as três maternidades tiveram a mesma pontuação intermediária (76,7%). Educação em saúde foi o componente pior avaliado nas três maternidades, como registrado nas outras cidades (Figura 2d).

Com relação às questões *plus* destacaram-se: na planta física, as maternidades do Recife que obtiveram o melhor desempenho, com registro de “sanitário e pia para usuária em cada consultório médico” e de “uma sala de recuperação para cada dez leitos de internação”; nos recursos materiais, a existência de “equipamento para a realização de AMIU” em condições de funcionamento foi observada no Recife e Salvador; o “sistema de comunicação entre pacientes e centro de enfermagem” estava disponível em uma única maternidade do Recife; no componente material de consumo, as três maternidades de Salvador e uma do Recife dispunham de “provisão regular de absorvente, toalha, roupa individual e de cama”. Nas demais, a provisão era irregular.

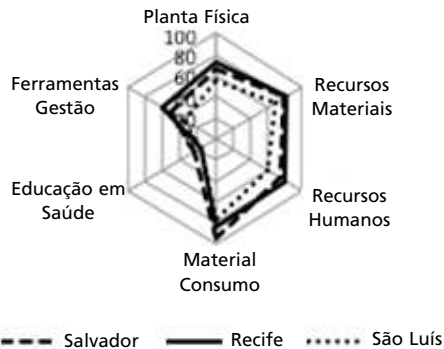
Tabela 2
Caracterização das unidades de atenção hospitalar ao aborto investigadas em Salvador, Recife e São Luís, 2011.

Cidades	Salvador			Recife			São Luís		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Unidade	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual de Ensino Superior	Estadual de Ensino Superior	Municipal	Federal de Ensino Superior	Estadual	Filantrópica Contratada
Tipo Provedor	Alta	Média	Média	Alta	Média	Baixa	Alta	Média	Média
Nível de Complexidade (CNES)	64	106	86	77	52	46	84	58	40
Nº leitos ativos em obstetria cirúrgica e clínica (CNES)	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Serviço de Aborto Legal (SAL)	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Integração SAL com rede de proteção de violência contra a mulher	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim
Leitos UTI Adulto	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Programa de Residência Médica em Tocoginecologia	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Estágio curricular Curso Técnico Enfermagem	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Estágio curricular Graduação Medicina	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Estágio curricular Graduação Enfermagem	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

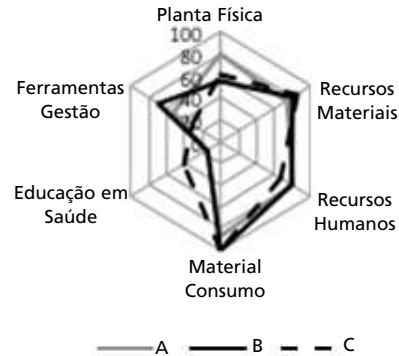
Figura 2

Avaliação da estrutura de unidades de atenção hospitalar ao aborto em Salvador, Recife e São Luís, 2011.

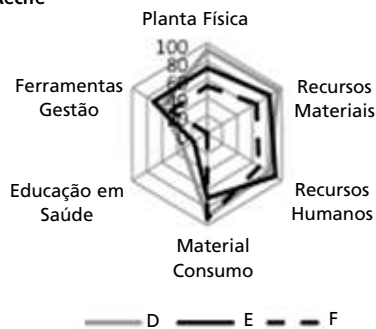
2a) Média



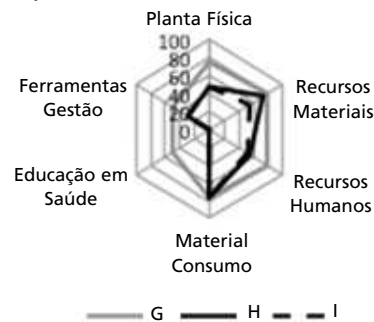
2b) Salvador



2c) Recife



2d) São Luís



Em recursos humanos observou-se: o “chefe do serviço era especialista em Ginecologia e Obstetrícia” em todas as maternidades e havia médico dessa especialidade de “plantão durante 24 horas”; havia disponibilidade de “médicos capacitados em AMIU nas 24 horas” em três maternidades do Recife enquanto em duas maternidades de Salvador e duas de São Luís não foi referida a existência de médico com essa capacitação; a “presença de chefia de enfermagem capacitada em administração e organização de serviços de saúde ou em saúde pública” foi mencionada em três maternidades de Salvador e em duas do Recife; profissional “capacitado para exercer a função de recepcionista” estava presente, de maneira geral, em todas as maternidades das três cidades; ter “todos os profissionais capacitados em atenção humanizada”

só foi referido em uma maternidade do Recife enquanto em duas maternidades de Salvador e em uma de São Luís apenas alguns dos seus profissionais.

A disponibilidade de protocolos para atividades de “orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS”, questão *plus* da educação em saúde, foi evidenciada em uma maternidade em cada cidade; existência de normas para “articulação com o movimento social” foi referida por duas maternidades de Salvador e uma do Recife, especialmente com o movimento de mulheres.

Alguns dados merecem destaque, embora não apresentados nas figuras: existência de espaço físico destinado a atividades docentes ou de educação em saúde em todas as maternidades; uma maternidade de Salvador e uma de São Luís tinham sala de cure-

tagem com mais de uma mesa cirúrgica; nenhuma maternidade dispunha de ultrassonografia funcionando 24 horas em todos os dias da semana; em duas maternidades de São Luís não existia disponibilidade de anestesista durante as 24 horas.

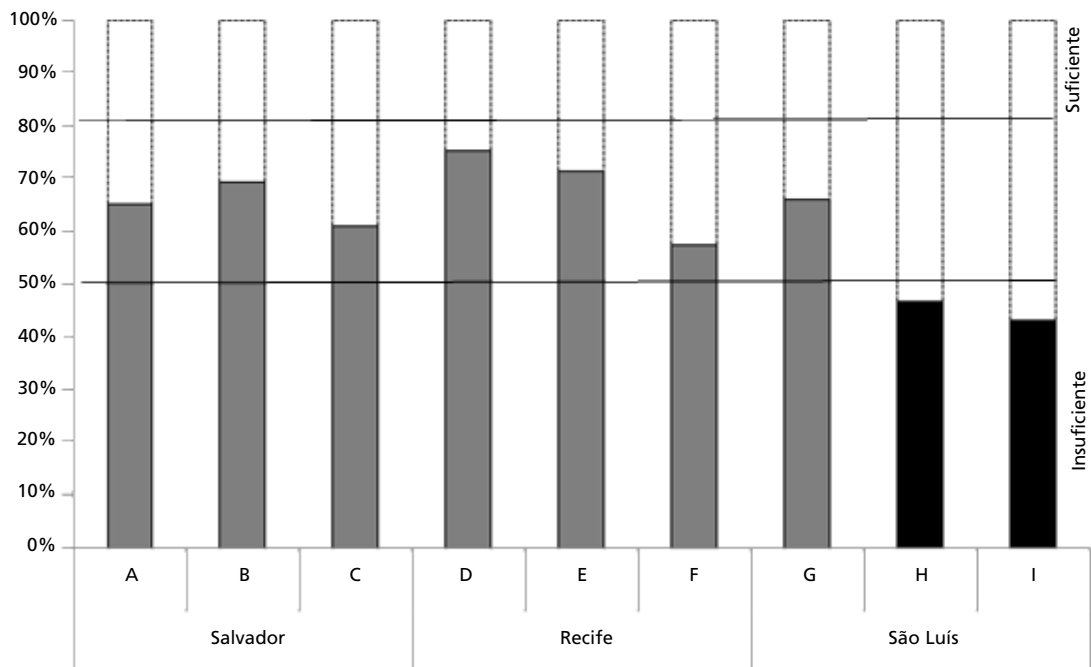
Todas as unidades dispunham de normas para notificação de óbitos de mulheres em idade fértil e em seis delas (em Salvador e no Recife) havia registro de realização de investigação do óbito. Havia registro de reuniões clínicas para discussão de

casos, revisão de prontuário, discussão de óbitos ou de intercorrências do serviço em cinco unidades (três delas em Salvador, uma no Recife e uma em São Luís).

Nenhuma unidade atingiu pontuação final que classificasse a estrutura disponível como suficiente. Todas as unidades de Salvador e Recife e uma em São Luís ficaram em nível intermediário. As outras duas maternidades desta última cidade foram classificadas em nível insuficiente (Figura 3).

Figura 3

Avaliação de estrutura de unidades de atenção hospitalar ao aborto segundo percentual obtido, em Salvador, Recife e São Luís, 2011.



Discussão

Este estudo vem preencher importante lacuna ao apresentar resultados de avaliação da estrutura de serviços de atenção ao aborto em maternidades do Nordeste. Nesse sentido, os achados encontrados são de difícil comparabilidade, pois não foram identificadas investigações no país sobre avaliação da atenção ao aborto, considerando as recomendações nacionais e internacionais. Apenas recentemente, Rocha e Uchoa¹⁷ empreenderam um estudo de avaliabilidade da atenção humanizada ao abortamento, considerando os pressupostos da norma técnica

nacional, em uma unidade de referência da rede SUS em Natal, Rio Grande do Norte, com atenção obstétrica. As autoras concluem que se trata de um programa capaz de ser avaliado, com identificação de metas, objetivos e recursos, recomendando a realização de avaliações futuras com ênfase na estrutura e nos processos dos cinco componentes propostos, particularmente o acolhimento.

Inúmeros artigos documentaram a insuficiência de estrutura nas maternidades brasileiras para assistência ao parto.^{3,18,19} Tal carência tem se agravado com a superlotação dessas unidades hospitalares.²⁰ Dessa forma, a assistência ao parto tem

sido objeto de preocupação dos formuladores de políticas públicas voltadas à saúde da mulher.²¹

O questionário de estrutura aqui apresentado é abrangente por contemplar diferentes dimensões do cuidado em saúde, na perspectiva da humanização. Além disso, avança ao incorporar um sistema de pontuação que gera escores, permite a comparação das maternidades quanto à adequação da estrutura, além de dar visibilidade aos componentes da estrutura que precisam ser melhorados.

Nas três cidades os componentes da estrutura melhor pontuados foram planta física, disponibilidade de recursos materiais e de material de consumo, ainda que com variações entre as unidades hospitalares. O desempenho do componente ferramentas de gestão e, em especial, a existência de protocolos e normas para realização de atividades de educação em saúde foram aqueles com avaliação menos satisfatória.

Como apontado anteriormente, o estudo da estrutura isoladamente não apreende outras dimensões da avaliação. Dessa forma, a presença de profissional obstetra ou anestesista por vinte e quatro horas não implica que a equipe esteja dimensionada ao volume de atendimento; do mesmo modo a disponibilidade de ultrassonografia tampouco garante o acesso a este exame. Igualmente, na avaliação da estrutura física o instrumento não permite apreender a condição de conservação das edificações e o quanto o espaço existente assegura privacidade e conforto às mulheres.

A avaliação da estrutura por meio do instrumento proposto corroborou os resultados de inquérito desta pesquisa realizado com as usuárias do serviço.¹¹ Esta convergência aponta para carências na continuidade do cuidado, quanto ao acesso à informação, aos insumos para o planejamento reprodutivo, marcação de consultas de revisão e a orientações sobre os cuidados pós-alta e sobre o risco de nova gravidez.¹¹ Mesmo existindo espaço físico para realização de ações de ensino e de educação em saúde, a disponibilidade e uso de material educativo foi inexpressiva. Da mesma forma, embora a disponibilidade de materiais como termômetro e tensiômetro tenha sido evidenciada, a resposta das mulheres no inquérito¹¹ mostrou a subutilização de uma tecnologia de baixa densidade, porém de alto impacto no acompanhamento e identificação das potenciais complicações pós-aborto, como já evidenciado em estudos durante o parto.²² Paradoxalmente, 1/3 das unidades estudadas no inquérito eram maternidades de referência na atenção obstétrica, além de campo de estágio curricular dos cursos de medicina e enfermagem.

Também, a provisão irregular de absorvente, toalha, roupa individual e de cama identificada pelo questionário de estrutura foi coerente com o declarado pelas mulheres no inquérito realizado nas maternidades.¹¹ Estes recursos asseguram o conforto e a dignidade às mulheres, condizentes com as recomendações das normas técnicas.⁸

Parte importante das maternidades dispunha de material para AMIU, porém com número reduzido de médicos capacitados para a sua realização, em desacordo com o preconizado pela norma técnica⁸ caracterizando um modelo assistencial centrado em tecnologias tradicionais. Ademais, evidência da pesquisa GravSus-NE¹¹ demonstrou predomínio de curetagem uterina em detrimento de práticas menos invasivas e mais humanizadas de esvaziamento uterino como AMIU.⁸ Isto pode demonstrar que a escolha do procedimento não depende somente da disponibilidade de recursos materiais e humanos nas unidades, mas de uma forma de organização do cuidado tradicionalmente centrado no procedimento, estilo queixa-conduta.²³

Ferramentas de gestão e educação em saúde - componentes pior pontuados - são aqueles que supostamente estariam sob maior governabilidade dos gestores locais e dos profissionais de saúde. Considera-se que as deficiências destes componentes dificultam a realização de ações de promoção e prevenção da saúde e comprometem a continuidade do cuidado.

Alguns autores defendem que a reorganização do modelo de atenção pressupõe a discussão e pactuação por todos os atores envolvidos no cuidado, pois a existência de protocolos, normas ou leis per se não são capazes de assegurar a sua implantação.¹⁸ As seis maternidades estudadas desenvolvem alguma atividade de ensino. Este achado aponta para a necessidade da inclusão nos programas de capacitação e formação de profissionais tanto de conteúdo técnico, quanto de reflexão sobre a temática do aborto, para que se efetivem as mudanças esperadas pelas políticas de atenção à saúde das mulheres.

Quando avaliada a estrutura como um todo, nenhuma maternidade atingiu o desempenho esperado, ou seja, a categoria suficiente e duas obtiveram menos de 50%, caracterizando unidades com recursos estruturais insuficientes para atenção ao aborto. Embora este artigo tenha como foco a atenção obstétrica, e especificamente a assistência ao aborto, deficiências estruturais são comuns aos serviços da rede SUS,^{19,24,25} especialmente no Nordeste do país.²⁶ Estas deficiências podem estar contribuindo para o não cumprimento das recomendações constantes nas normas técnicas de atenção ao

abortamento.

Embora seja fundamental a realização de pesquisas que avaliem a qualidade da atenção hospitalar mensurando componentes do processo e resultados,²⁷ a abordagem da estrutura se faz importante, já que medidas propostas para melhoria da atenção são direcionadas a mudanças nos processos de trabalho e também na estrutura dos serviços. Ademais, em razão das deficiências ainda persistentes na rede de serviços de saúde brasileira justificam a necessidade de conferir visibilidade a esse componente.

Agradecimentos

Agradecemos à Ligia Vieira da Silva (ISC/UFBA), Maria José Araújo (Rede Nacional Feminista de

Saúde e Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais), Daphne Rattner (UnB) e Gilberta Soares (Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro) que revisaram o instrumento de avaliação e ofereceram gentilmente suas sugestões.

Aos gestores das Universidades Federais, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entidades mantenedoras das instituições estudadas, bem como aos diretores e profissionais destas unidades que permitiram a avaliação da qualidade da atenção pós-aborto no Sistema Único de Saúde.

À Profa. Dra. Luci Praciano Lima† pelo seu empenho na elaboração deste produto e participação na Pesquisa GravSUS-NE.

Referências

1. Yu PC. Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
2. Adesse L, Ribeiro de Almeida LC. Using human rights principles to promote quality of abortion care in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2005; 13(26): 155-7.
3. Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde [dissertação]. São Luís: Programa de pós-graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão; 2000.
4. Rattner D. Quality of care in childbirth: seeking a comprehensive approach [dissertation]. Chapel Hill: University of North Carolina; 2001.
5. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4: 269-79.
6. Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estudos Feministas*. 2002; 10: 461-81.
7. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2004; 12 (23): 100-10.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2 ed. Brasília, DF; 2005. 36 p.
9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2002.
10. Faundes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 110 (Suppl.): S38-42.
11. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MTSSB, Alves SV, Almeida MCC, Schiavo E, Lima LP, Menezes CAS, Marinho LFB, Coimbra LC, Campbell O. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17: 1765-76.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa Nº 2, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre os indicadores para a avaliação dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 4 Jun 2008; Seção 1, n. 105, p.53.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília; 2008.
15. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Agência Internacional de Cooperação do Japão (JICA). Elaboração de modelo de estrutura física de salas de parto e de pré-parto à luz da humanização. Fortaleza: Luz P Editor; 1997.
16. World Health Organization. International Women's Health Coalition. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para o Sistema de Saúde. Washington: IWHC; 2004.
17. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013; 23 (1): 109-27.
18. Magluta C, Noronha MF, Gomes MAM, Aquino LA, Alves CA, Silva RS. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009; 9 (3): 319-29.
19. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15: 792-8.

20. CREMEPE (Conselho Regional de Medicina de Pernambuco). Boletim. [acesso em 20 abr 2013]. Disponível em http://www.cremepe.org.br/leitorNews.php?cd_noticia=5748
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 27 Jun 2011; Seção 1.
22. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. Rev Saúde Pública. 2008; 42: 895-902.
23. Giglio-Jacquemet A. Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
24. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010; 10 (Suppl. 1): S69-81.
25. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14 (5): 1881-90.
26. Dubeux LS, Freese E, Reis Y. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2010; 26 (8): 1508-18.
27. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2013; 29 (6): 1063-82.

Recebido em 6 de fevereiro de 2014

Versão final apresentada em 19 de junho de 2014

Aprovado em 1 de julho de 2014