

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO
LINHA DE PESQUISA: CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz

Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e violência sexual: movimentos e ações de um coletivo de trabalho em um hospital de ensino

BELO HORIZONTE

2020

Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz

Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e violência sexual: movimentos e ações de um coletivo de trabalho em um hospital de ensino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e em Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Prof^a orientadora: Kleyde Ventura de Souza

BELO HORIZONTE

2020

Diniz, Walkiria Fernandes Camilo Ferreira.
D585a Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e violência sexual [manuscrito]: movimentos e ações de um coletivo de trabalho em um hospital de ensino. / Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz. - - Belo Horizonte: 2020.
125f.: il.
Orientador (a): Kleyde Ventura de Souza.
Área de concentração: Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Aborto. 2. Delitos Sexuais. 3. Humanização da Assistência. 4. Assistência Perinatal. 5. Hospitais de Ensino. 6. Dissertação Acadêmica. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 62

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 631 (SEISCENTOS E TRINTA E UM) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA WALKIRIA FERNANDES CAMILO FERREIRA DINIZ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação *"ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO E VIOLÊNCIA SEXUAL: O TRABALHO COLETIVO E O COLETIVO NO TRABALHO EM UM HOSPITAL DE ENSINO"*, da aluna *Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Erica Dumont Pena e Alzira de Oliveira Jorge, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;
() REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:
"ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO E VIOLÊNCIA SEXUAL: MOVIMENTOS E AÇÕES DE UM COLETIVO DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE ENSINO"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de abril de 2020.

Prof^ª. Dr^ª. Kleyde Ventura de Souza
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Erica Dumont Pena
(EEUFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Alzira de Oliveira Jorge
(Medicina/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Homologada em reunião do CPG
em: 04/05/2020

Coordenadora do CPG/ENF

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **WALKIRIA FERNANDES CAMILO FERREIRA DINIZ**.

As modificações foram as seguintes:

Título: *"Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e violência sexual: movimentos e ações de um coletivo de trabalho em um hospital de ensino"*.

NOMES

ASSINATURAS

Prof^ª. Dr^ª. Kleyde Ventura de Souza



Prof^ª. Dr^ª. Erica Dumont Pena

Erica Dumont Pena

Prof^ª. Dr^ª. Alzira de Oliveira Jorge



Dedico este trabalho, primeiramente aos meus pais e irmão, Lourdes, Werte e Luiz, força motriz e porto seguro nos momentos de angústia...

Ao meu marido Umberto, auxílio técnico e colo constante nesta longa caminhada...

Aos amigos que compreenderam minha constante ausência

E as mulheres, vulnerabilizadas diariamente, às elas dedico não apenas este trabalho, mas todo o meu caminhar profissional.

AGRADECIMENTOS

A caminhada até a conclusão de um trabalho é sempre árdua. Percalços e dificuldades fazem parte deste caminho e nos tornam mais fortes na jornada. É como dizem: "Mar calmo nunca fez bom marinheiro". Ainda bem que existem os companheiros que nos auxiliam nesta caminhada.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora Kleyde Ventura de Souza, mulher negra, enfermeira e taurina como eu, exemplo de competência, força, empatia, profissionalismo e luta. Que um dia eu possa refletir parte dos ensinamentos que você me deu.

Agradeço também à sorte que tive de fazer grandes amizades neste curso, Bárbara, Graziely, Débora, Kelly, Giulliana, e em especial à minha "dupra" Taísa. Obrigada por dividirem comigo esta jornada, vocês tornaram estes 24 meses mais leves.

Aos integrantes do nosso "quilombo" Fernando, Fernanda, Mariene, Juliana Barone, Juliana do Carmo, Stella, Elisa, Aryanne e todos aqueles que nos ajudam com um abraço, um "deixa que eu te ajudo", "vai dar tudo certo", ou com aquele cafezinho "top" no início da tarde.

Ao Hospital Risoleta Toletino Neves (HRTN), há cerca de 10 anos contribuindo com a minha história profissional, com seus trabalhadores, enfermeiras, técnicas de enfermagem, estudantes, médicos, e demais pessoas que fazem desta instituição referência no cuidado em Belo Horizonte.

Ao Grupo Estratégico Local (GEL) do HRTN, que me recebeu abertamente nestes meses, contribuindo para o desenvolvimento deste estudo e meu crescimento pessoal e profissional.

E por fim, ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPG) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

"Uma mulher é como um saquinho de chá; você nunca sabe o quão forte é até que esteja em água quente." (Eleanor Roosevelt)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aborto legal e a violência sexual são temas importantes para a saúde das mulheres no país. Porém, o acesso e a qualidade dos serviços prestados a estas demandas estão aquém do ideal. Lançada em 2011, a Rede Cegonha tem entre suas ações vinculadas o ApiceON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia –, projeto que congrega cerca de cem hospitais com atividade de ensino no país e se volta a qualificação da atenção, gestão e ensino, considerando-os componentes indissociáveis. Em Belo Horizonte, o projeto conta em com o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) como um destes serviços. **OBJETIVO:** Demarcar os movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas por um coletivo de trabalho de uma maternidade participante do projeto ApiceON na humanização do cuidado às mulheres em situação de violência sexual e abortamento, considerando seu desenho de acompanhamento avaliativo. **MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, recorte de um estudo maior intitulado "Avaliação para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividades de ensino". Foi escolhido como unidade de análise o grupo estratégico local (GEL-HRTN). Participaram deste estudo 10 trabalhadores que integravam o GEL de forma ativa no período da pesquisa. A coleta de dados ocorreu entre out./2019 e jan./2020, por meio de análise documental, observação participante e entrevista. A análise dos dados ocorreu mediante a metodologia do acompanhamento avaliativo transversal proposta pelo Projeto. **RESULTADOS:** O GEL realizou movimentos e ações que proporcionaram a construção do serviço de atendimento à vítima de violência sexual, assim como possibilitou o reconhecimento do trabalho coletivo como importante ferramenta para a mudança. Porém, observa-se que ações de gestão e formação ainda apontam como incipientes. **CONCLUSÕES:** Reconhece-se que este coletivo avançou nos aspectos relativos ao componente atenção. Contudo, apresentou dificuldades próprias de uma instância colegiada, em especial aquelas referentes à gestão e participação dos estudantes. Novos estudos devem ser conduzidos a fim de elucidar questões não esclarecidas neste trabalho.

Palavras chave: Aborto. Delitos sexuais. Humanização da assistência. Assistência perinatal. Hospitais de ensino.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Legal abortion and sexual violence are important issues for the health of women in the country. However, the access and quality of services provided to these demands are less than ideal. Launched in 2011, the Cegonha Network has among its related actions ApiceON – Improvement and Innovation in Care and Education in Obstetrics and Neonatology –, a project that brings together about one hundred hospitals with teaching activity in the country, aimed at qualifying care, management and teaching, considering them inseparable components. The project in Belo Horizonte has the Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) as one of these services. **OBJECTIVE:** To demarcated the movements and actions triggered, planned and / or implemented by a working group from a maternity hospital participating in the ApiceON project in the humanization of care for women in situations of sexual violence and abortion, considering its evaluative follow-up design **METHODS:** Qualitative research , of the case study type, part of a larger study entitled "Evaluation for the qualification of obstetric and neonatal care in hospitals with teaching activities." As a unit of analysis, the local strategic group (GEL-HRTN) was chosen. They participated in this study 10 workers who actively integrated the GEL during the research period. The data collection took place between Oct / 2019 and Jan / 2020, through document analysis, participant observation and interview. The data analysis took place using the evaluation monitoring methodology transversal proposal proposed by the Project **RESULTS:** GEL made arrangements, and movements provided the construction of the service to victims of sexual violence, as well as making it possible to recognize collective work as an important tool for change. However, it is observed that management and training actions still point out as incipient. **CONCLUSIONS:** It is recognized that this group has advanced in the aspects related to the attention component, however, it presented difficulties specific to a collegiate body, especially those related to the management and participation of students. New studies should be conducted in order to elucidate issues not revealed in this work.

Keywords: Abortion. Sexual violence. Humanization of assistance. Perinatal care. Teaching hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I – Gráfico da série temporal da inserção de DIU pós aborto pelo HRTN no período de janeiro a dezembro de 2019.....	51
Figura II – Gráfico da série temporal realização de AMIU pelo HRTN no período de janeiro a dezembro de 2019.....	52
Figura III – Folder de apresentação do I Seminário do HRTN sobre mulheres em situação de violência sexual: Abrindo novos caminhos para a assistência multiprofissional.....	56
Figura IV – Folder de apresentação da capacitação da equipe para o atendimento às vítimas de violência.....	58
Figura V – Banner-convite para a visita da gestante à maternidade HRTN.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Roteiro do instrumento Diagnóstico Situacional (DS)	39
Quadro II – Roteiro do instrumento Plano Operativo Anual (POA)	40
Quadro III – Desenho da metodologia “acompanhamento-avaliativo”.....	44

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AMIU - Aspiração manual intrauterina
ApiceON - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia
CF - Constituição Federal
CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DO - Declaração de óbito
DS - Diagnóstico Situacional
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EO - Enfermeira Obstetra
GEL - Grupo Estratégico Local
GOB - Ginecologia e Obstetrícia
HC - UFMG - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HRTN - Hospital Risoleta Tolentino Neves
IG - Idade gestacional
IST - Infecção sexualmente transmissível
MIF - Mulheres em Idade Fértil
MS - Ministério da Saúde
MCGS - Microgramas
ODM - Objetivos do Milênio
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
POA - Plano Operativo Anual
PNA - Pesquisa Nacional de Aborto
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNSMI - Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PVVS - Protocolo de atendimento de vítima de violência sexual

REO - Residente de Enfermagem Obstétrica

RC - Rede Cegonha

RGOB - Residente de Ginecologia e Obstetrícia

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

US - Ultrassom

VVS - Vítima de violência sexual

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	17
3. CONTEXTO	19
3.1. Sobre as políticas públicas, o aborto legal, a violência sexual e a necessidade de qualificação do cuidado.....	19
3.2. O projeto ApiceON e a qualificação da atenção às mulheres e bebês por meio da construção de coletivos	30
4. METODOLOGIA	36
4.1. Tipo de estudo.....	36
4.2. Unidade de análise.....	36
4.3. Participantes do estudo.....	37
4.4. Procedimento de coleta de dados.....	38
4.5. Análise dos dados	44
4.6. Aspectos éticos	46
5. RESULTADOS	47
5.1. Dimensão I – O projeto e sua dinâmica na qualificação do cuidado às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.....	47
5.2. Dimensão II – O serviço, sujeitos/coletivos e sua dinâmica às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.....	63
5.3. Dimensão III – O serviço e a dinâmica de prestação do cuidado às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.....	70
6. DISCUSSÃO	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	104
ANEXOS	110

1. INTRODUÇÃO

Durante décadas, a saúde das mulheres no Brasil foi tratada de forma fragmentada, restringindo seu lugar de sujeito de direitos na vida, na sociedade e na saúde. Esta visão manteve o enfoque das políticas e programas de saúde limitado apenas ao ciclo gravídico-puerperal, em detrimento de dimensões como classe, raça/etnia, sexualidade, entre outras (BRASIL, 1998; BRASIL, 2011).

Como resposta a essa visão reducionista, fruto de reivindicações de movimentos sociais (em especial o de mulheres), e no bojo do movimento sanitário brasileiro, foi criado em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa surgiu como um divisor de águas neste cenário pois trouxe em seu escopo os princípios de integralidade e universalidade, recolocando o significado do corpo feminino no contexto social e as questões relativas à saúde das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde (OSIS, 1998).

Em 2004, esse Programa foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004). Este documento, também originado a partir de importantes demandas apontadas pelo movimento de mulheres, incorporou o enfoque de gênero aos princípios que já constavam no PAISM, e que foram fortalecidos pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Os direitos reprodutivos foram enfatizados na PNAISM e, nessa consolidação, ganharam relevância, entre eles: ações de planejamento reprodutivo, atenção ao abortamento inseguro, o combate a violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2004). Ampliaram-se, ainda, as ações para grupos historicamente excluídos até então por suas necessidades e especificidades – mulheres lésbicas, negras, indígenas, em situação prisional, residentes e trabalhadoras de áreas rurais. Como sujeitos de direitos, enfatizou-se, com essa Política, o empoderamento das mulheres (BRASIL, 2004).

Contudo, observa-se que os desafios ainda persistem. A saúde das mulheres ainda é marcada pela tradição dos modelos de atenção e gestão centralizadores, hierarquizados e fragmentadores de conhecimento e de práticas. Como também pelas limitações na integração entre saberes e processos de trabalho e o conhecido distanciamento entre universidade, serviços e comunidade (LEAL, 2014; SANTOS FILHO, 2020a). Nesse cenário, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são muitas vezes negligenciados, e a persistência de elevadas cifras de

morbimortalidade de mulheres em idade fértil e materna, por causas evitáveis, são desafios a serem superados.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorreram, no período de 2015 a 2018, 260.534 mortes de mulheres em idade fértil, sendo as neoplasias a principal causa (BRASIL, 2020). Já com relação aos óbitos maternos, no mesmo período, morreram 6.784 mulheres por causas obstétricas. Destas, 266 (3.9%) tiveram como causa o aborto (BRASIL, 2020).

Dessa forma, a Razão de Mortalidade Materna, apesar da queda apresentada em comparação com períodos anteriores, ainda permanece em torno de 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2018). Países como Reino Unido, Alemanha e Espanha apresentam RMM inferiores a 10 óbitos/10³ nascidos vivos (NV) neste mesmo período (SAY, 2014; DIAS, 2015), demonstrando que muito ainda precisa ser aprimorado no Brasil.

Dentre as causas, as síndromes hipertensivas, hemorragias e abortos persistem como os principais determinantes de óbito materno no país (IPEA, 2015; MARTINS, 2017; OLIVEIRA, 2017). Acredita-se que estas mortes poderiam ser reduzidas caso os sistemas de saúde, público e privado, garantissem às mulheres o acesso a uma assistência ao parto, nascimento e abortamento respeitosa e de qualidade, assim como ao direito humano de decidir sobre quantos filhos deseja ter, e quando os terá. (PEQUIM, 1994; SAY, 2014; DIAS, 2015)

O aborto é considerado legal para situações de violência sexual, risco de morte materna, e, após jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), também nos casos de anencefalia (BRASIL, 2012). Um estudo publicado em 2015, de abrangência nacional, demonstrou que apenas 54% destes casos permaneciam ativos e que os profissionais relataram dificuldades técnicas que colocavam obstáculos para a assistência (MADEIRO, 2016). Tais situações demonstram a necessidade de ações que estimulem a criação de novos serviços e que aprimorem a atenção prestada naqueles que já o executam.

Assim como a mortalidade por aborto, a violência sexual configura-se também como um inegável problema de saúde pública no país. Um relatório elaborado pela Câmara dos Deputados, em 2018, mapeou a violência sofrida pelas mulheres no país e apontou que, no período de janeiro a novembro de 2018, foram veiculadas na

mídia nacional, aproximadamente, 101 mil casos de violência contra mulher e que cerca de 30% das ocorrências tratavam-se de estupro (BRASIL, 2019).

Desde de 2015, as pessoas vítimas de violência sexual no Brasil dispõem de atendimento integral no âmbito do SUS garantido por lei (BRASIL, 2015). No entanto, entraves como o despreparo dos profissionais, desconhecimento das vítimas sobre quais serviços buscar e questões morais e religiosas dos prestadores de serviço dificultam o acesso destas mulheres à atenção qualificada necessária (COSTA, 2007; DELZIOVO, 2018; SOUZA, 2018).

Sobre isso, um estudo realizado em Santa Catarina analisou as notificações de violência sexual realizadas entre 2008 a 2013 no estado e apontou que, apesar da contracepção de emergência estar indicada nos casos em que haja risco de gravidez, apenas 50% das 1.230 mulheres atendidas receberam a medicação. Este dado indica, assim, a fragilidade no atendimento a estas mulheres e a necessidade de ações que qualifiquem este cuidado (DELZIOVO, 2018).

Buscando romper com a tradicional visão reducionista da saúde das mulheres, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011 a estratégia Rede Cegonha (RC). A iniciativa visava, mediante a construção de uma rede de cuidados, garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e puerpério, e ao abortamento seguro (BRASIL, 2011). Além disso, a RC aspirava a mudança do modelo de atenção à saúde das mulheres ainda vigente – tecnocrático, médico-centrado e intervencionista – para o modelo humanista. Esta estratégia alçava ainda o estímulo para a formação de profissionais sob o referencial da humanização, assim como a adoção de um novo referencial de gestão pelas maternidades por meio da criação de instâncias colegiadas (BRASIL, 2011).

Nesse cenário de grande complexidade, a RC ampliou os investimentos que o Ministério da Saúde (MS) vinha fazendo na melhoria da atenção ao parto e nascimento, com ênfase na mudança de modelo obstétrico neonatal em vigor, além da atenção ao planejamento reprodutivo e ao abortamento. Estas últimas foram aos poucos incorporadas, ainda que de maneira insuficiente, diante das lacunas no campo mais ampliado da saúde das mulheres, mais especificamente no tocante aos seus direitos sexuais e reprodutivos (PASCHE, 2020).

Não obstante, cabe ressaltar que o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, que tem entre seus objetivos estratégicos na área da saúde a promoção e proteção dos direitos das mulheres, bem como o acesso a serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e reprodutiva de qualidade (PEQUIM, 1995). Em 2000, o país assumiu também um compromisso internacional, por meio da Declaração do Milênio das Nações Unidas, o qual foram elencados os Objetivos do Milênio (ODM). Após quinze anos, tais Objetivos foram atualizados, gerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), na Agenda 2030 (ONU, 2000; ONU, 2015).

Ambas agendas apresentavam objetivos que buscavam atender as necessidades de saúde das mulheres (compreendendo a saúde como um direito multifatorial que envolve aspectos como o emprego, a educação, moradia, dentre outros) incluindo o ODM 5 – melhorar a saúde materna com redução da mortalidade em $\frac{3}{4}$ entre 1990 e 2015 (ONU, 2000). Já na Agenda 2030, os objetivos relativos à saúde das mulheres estão sintetizados nos ODS 3 e 5 (saúde e bem estar e igualdade gênero). Estes ODS abarcam metas nos campos sociais, de garantia de direitos, e de saúde que, observados de forma conjunta, podem atuar para a melhoria da saúde e bem estar das mulheres e garotas no mundo (ONU, 2015).

A RC, pautando-se nos princípios e no arcabouço teórico-metodológico da Política Nacional de Humanização (PNH), aponta para a mudança dos modos de cuidar, gerir e formar. Estes movimentos de mudança ocorreriam por meio da formação de instâncias colegiadas nos serviços de saúde do país, amparados pela lógica do Apoio Institucional (AI), com a formação de coletivos no trabalho que deveriam ampliar a capacidade de análise do processo de trabalho em saúde utilizando ferramentas e metodologias de trabalho bem definidas (BRASIL, 2011; SANTOS FILHO, 2020a).

Dentre as respostas da RC às necessidades de qualificação da atenção à saúde das mulheres no país, o MS propôs o Projeto ApiceON (Aprimoramento e Qualificação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), o Ministério de Educação e Cultura (MEC), a FIOCRUZ, e, como executora, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O Projeto conta com a participação de cerca de 100 hospitais de ensino de todas as regiões do país – tanto os universitários quanto os que se configuram como campos de práticas de formação profissional (BRASIL, 2017). O objetivo é ampliar o alcance de atuação desses serviços na rede SUS ao mesmo tempo em que aprimora e/ou inova seus processos de trabalho e de formação (BRASIL, 2017; SANTOS-FILHO, 2020a).

Assim como a RC tomou de empréstimo o referencial da PNH ao reforçar a indissociabilidade entre atenção e gestão, o Projeto ApiceON sustenta-se sobre a metodologia de disparar nestas instituições a ativação de coletivos de trabalho (BRASIL, 2017). Estes trabalhariam por meio de processos contínuos e organizados de reflexão-ação-reflexão da realidade, propondo e executando mudanças efetivas nos cenários de trabalho (BRASIL, 2017; SANTOS-FILHO, 2020a). O trabalho destes grupos pressupõe, portanto, *movimentos* no rumo da qualificação e aprimoramento, destacando inovações nas práticas de atenção, de ensino e gestão do trabalho (BRASIL, 2017; SANTOS-FILHO, 2020a).

Nesse sentido, as melhores práticas de atenção (associadas à adoção de práticas baseadas em evidências científicas e nos direitos das mulheres – por isto devendo ser perpassada pela formação –) devem alinhar-se às melhores práticas de gestão. Dessa forma, de uma perspectiva ético-política e estética, tal gestão deve buscar a promoção da participação e corresponsabilização nos processos de decisão, planejamento e avaliação dos interessados, trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2017; SANTOS-FILHO, 2020).

Em sintonia com os princípios do SUS e com a ideia da saúde como um bem comum, na PNH, a humanização traz à cena temas fundamentais como a reorganização da clínica e a questão do poder nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários no funcionamento dos serviços (BRASIL, 2003). O ApiceON se apoia nos princípios metodológicos da PNH, assim como na missão do SUS de ser regulador da formação profissional em saúde. Para tanto, o Projeto congrega serviços que têm o ensino como missão e que buscam alterar/remodelar/reinventar as formas vigentes de comunicação, transversalizando-as e promovendo a participação dos atores na formação de coletivos de trabalho (BRASIL, 2017).

O ApiceON procura induzir nestas instâncias colegiadas a análise do trabalho, o planejamento de ações e sua avaliação. Esses coletivos, ao refletirem, podem

então agir sobre a situação do serviço (BRASIL, 2017). Por meio de análise coletiva, eles propõem as ações que são consideradas primordiais para um dado cenário de cuidado e monitoram seu andamento, sempre de forma coletiva e participativa (BRASIL, 2017; SANTOS FILHO, 2020a). O Projeto visa fomentar nos serviços participantes a ampliação da capacidade de análise, produzindo deslocamentos efetivos e, conseqüentemente, mudanças *possíveis* (a partir do real) no cenário de atenção nos campos obstétricos e neonatais (BRASIL, 2017; SANTOS FILHO, 2020a).

Nesse sentido, a formação do coletivo de trabalho no Projeto ApiceON acontece a partir da constituição de um grupo estratégico, denominado GEL (Grupo Estratégico Local), cuja propositura se insere em uma perspectiva avaliativa transversal. E por assim ser, o desenho de acompanhamento (avaliativo) se organiza com base em (três) *dimensões de análise indissociáveis*, que se desdobram em *focos de processos e efeitos*, que almejam a compreensão entre o que é real e possível para aquela realidade (SANTOS FILHO, 2020a).

Vale destacar, então, que, nesse desenho referencial, busca-se *fazer emergir* as situações encontradas no trabalho (e suas transformações possíveis), numa lógica de construção coletiva – enfatizada pelo caráter de formação-intervenção mediado pelo processo avaliativo proposto pelo ApiceON –, em um dos hospitais que constitui a rede de qualificação de serviços na perspectiva de formação-intervenção-avaliação (SANTOS FILHO, 2020a).

Sendo assim, tendo em vista o cenário atual de atenção às mulheres em situação de aborto e/ou violência sexual no país – ainda aquém de considerar suas especificidades e alcance de necessidades –, toma-se como objeto deste estudo os *movimentos e ações, disparadas, planejadas e/ou implementadas por um coletivo de trabalho de uma maternidade participante do projeto ApiceON na humanização do cuidado às mulheres em situação de violência sexual e abortamento*.

2. OBJETIVOS

Geral

Demarcar os movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas por um coletivo de trabalho de uma maternidade participante do projeto ApiceON na humanização do cuidado às mulheres em situação de violência sexual e abortamento, considerando seu desenho de acompanhamento avaliativo.

Específicos

- Descrever as ações disparadas, planejadas e/ou implementadas por um coletivo de trabalho na sistematização de análises diagnósticas e planos de ação para a qualificação da atenção às mulheres em situação de abortamento e violência sexual.
- Apreender os desafios e as potencialidades para as possíveis mudanças em curso no serviço a partir dos movimentos e as ações disparadas, planejadas e/ou implementadas por um coletivo de trabalho, no que tange a atenção às mulheres em situação de abortamento e violência sexual.

3. CONTEXTO

Este tópico destina-se à apresentação de “notas” sobre a temática do presente estudo. Os temas “aborto legal” e “violência sexual” são tratados em conjunto no trabalho, tendo em vista a estrita relação entre eles. Reconhece-se que ambos se configuram como importantes problemas de saúde para as mulheres, que historicamente permanece na obscuridade das ações de cuidado à saúde. O primeiro – aborto legal – por apresentar-se como uma das causas mais importantes de morbimortalidade materna; e o segundo – a violência sexual –, grave violação dos direitos sexuais das mulheres, configura-se como causa de 95% das solicitações de interrupções legais da gestação no país. Justificando-se, portanto, a abordagem conjunta.

3.1. Sobre as políticas públicas, o aborto legal, a violência sexual e a necessidade de qualificação do cuidado

Apesar de, em 2018, as mulheres representarem 51,8% da população brasileira, ocuparem cerca de 2,3% a mais de vagas no ensino superior que os homens e trabalhar mais horas semanais que eles (IBGE, 2018), a saúde para esta parcela da população parece não acompanhar as demandas apresentadas por ela. As políticas públicas para a saúde das mulheres, apesar das tentativas de alguns programas governamentais de abandonar a visão materno-infantilista, seguem não atendendo as demandas de integralidade que esta população demandava (CASSIANO, 2014).

A saúde das mulheres era totalmente negligenciada até a Era Vargas, quando, com o intuito de garantir mão de obra saudável para o país, o governo lançou o primeiro programa de saúde materno-infantil. A ação era conduzida pelo então Ministério da Educação e Saúde da Criança, e objetivava tão somente a redução da mortalidade infantil por meio do acompanhamento pré-natal e o incentivo às ações educativas de higiene e saneamento (CASSIANO, 2014). Evidenciou-se neste governo uma visão reducionista da mulher, vista apenas como progenitora e educadora. Suas questões individuais eram totalmente ignoradas em

prol de uma prole saudável que trouxesse riquezas para o país (BRASIL, 2004; CASSIANO, 2014).

Com o militarismo, o incentivo à fecundidade – bandeira do governo anterior – demonstrou ter causado mais mazelas do que benefícios para a economia do país (BRASIL, 2011; CASSIANO, 2014). Verificou-se que o aumento da população sem os cuidados de saúde básicos gerava uma mão de obra adoecida, e que não garantia o lucro desejado. Neste momento, o governo criou o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), cujos objetivos eram a redução da morbimortalidade infantil e materna. Seus eixos principais atentavam-se a boa saúde da criança, mediante a promoção do aleitamento materno, suplementação e puericultura (BRASIL, 2011; CASSIANO, 2014).

Contudo, no que tangia à saúde das mulheres, o governo militar mantinha o estímulo a ações controle da fecundidade (CASSIANO, 2014; TELES, 2015). Com o auxílio da Sociedade do Bem-estar da Família (BenFam), o Estado estimulava a adoção de métodos contraceptivos pelas mulheres, incluindo aí meios de controle da natalidade em fase de estudos ou, ainda, proibidos em outros países (CASSIANO, 2014; TELES, 2015). Observou-se ainda nesse período o aumento da realização de laqueaduras, método definitivo de contracepção, com estímulo governamental (TELES, 2015; ALVES, 2017).

A esterilização feminina por meio da laqueadura passou então a ser o método de contracepção de escolha no país. Segundo Teles (2015), a técnica foi amplamente difundida com taxas entre 15 a 33%, sendo que, no estado do Pernambuco, 18,9% das mulheres com idade entre 15 a 44 anos encontravam-se com as trompas ligadas. A difusão deste método entre as mulheres, em especial as negras e pobres, culminou na drástica redução da natalidade em locais de baixa densidade demográfica, como o estado do Amazonas (TELES, 2015).

Contudo, dado o caráter definitivo da técnica e o fato de sua realização não ser, muitas vezes, proveniente do desejo legítimo das mulheres, um estudo com abordagem geracional com 12 mulheres apontou que, para elas, a opção pela laqueadura estava relacionada à qualidade da relação com o companheiro e ao crescente envolvimento da mulher no mercado de trabalho, tornando-se, assim, a melhor escolha (ALVES, 2017).

Insatisfeito com a postura do governo militar frente à saúde reprodutiva das mulheres, e influenciado por correntes europeias, o movimento feminista começa a ganhar força e voz no cenário nacional. Com o lema "nosso corpo nos pertence", esse movimento inicia suas lutas pela autonomia das mulheres sobre o processo sexual e reprodutivo, reivindicando igualdade e jogando luz sobre as mazelas que afligem a população feminina (COSTA, 2017).

Entretanto, apesar das tentativas de fortalecer a mulher no cenário nacional, tanto socialmente, quanto politicamente, este movimento passou por grandes desafios. Durante os anos da ditadura, as mulheres militantes sofreram inúmeras repressões. Quando presas, torturas psíquicas e físicas, em especial as sexuais, eram constantes durante a sua permanência nas prisões (TELLES, 2015). Para evitar o abuso sexual por parte dos torturadores, essas mulheres fingiam estar menstruadas, pois sabiam que neste período do ciclo os militares não tentariam violentá-las sexualmente. Além disso, relatos de abortos forçados também fazem parte do *hall* de torturas vivenciadas por estas mulheres (TELLES, 2015).

Durante o governo militar, o movimento de mulheres buscava dar visibilidade à essa população ao apontar as iniquidades sofridas por elas e lutando para tornar a mulher "sujeito de direito" perante a sociedade, ou seja, merecedora de políticas que atentassem para as suas necessidades de saúde, trabalho, lazer e educação (FARAH, 2004; TELLES, 2015). A prática da laqueadura, da forma proposta pelo Estado, fora encarada como forma de castração e de controle do governo sobre os corpos das mulheres, assim como o reducionismo da mulher ao papel de mãe e educadora (ALVES, 2017).

Muitas mulheres envolvidas com este movimento também lutavam em outra frente, junto aos sanitaristas. Estes têm sua base na medicina preventiva, especialidade que se difundiu na década de 50, mas que encontrou terra fértil nas décadas de 70 e 80 do século XX (PAIVA, 2014). Esses grupos lutavam pelo controle do Estado sobre os serviços de saúde e pela criação de um sistema universal, único e igualitário (DINIZ, 2013; PAIVA, 2014).

Nesse momento, a saúde encontrava-se no auge das privatizações e vários serviços foram criados, incentivando assim a entrada da iniciativa privada no setor da saúde (PAIVA, 2014). Por isso, os recursos destinados à pasta do MS, que

no início do governo militar era em torno de 2,1%, caíram 1,4%, o que fez com que importante parcela da população ficasse desassistida (PAIVA, 2014).

As pressões exercidas por esses atores, e os crescentes movimentos sociais pró-democracia, fizeram com que, em 1983, o Ministério da Saúde lançasse o Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM trouxe pela primeira vez o conceito de "integralidade" ao cenário nacional, o que demonstra uma tentativa de ruptura com os modelos anteriores ao tratar não apenas dos aspectos gestacionais, mas também físicos, emocionais e psicológicos das mulheres (COSTA, 2007; DINIZ, 2013; CASSIANO, 2017).

Além disso, foi pioneiro ao tratar do planejamento familiar, trazendo à luz o direito que mulheres, homens e famílias têm de definir sobre sua prole, a desmedicalização do parto e o direito ao aborto seguro (DINIZ, 2013). No PAISM, alguns conceitos – que mais tarde farão parte do que constituiria o SUS – já se fazem presentes, como a regionalização e a hierarquização dos níveis de assistência. Todavia, apesar das inovações trazidas pelo PAISM, sua implantação nunca ocorreu de forma efetiva. Entraves políticos e financeiros impediram sua real operacionalização (DINIZ, 2013; CASSIANO, 2017).

Ainda na efervescência das discussões políticas, sociais e econômicas no país, oriundas da sua recente redemocratização, ocorreram em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, com forte participação feminina (COSTA, 2007; PAIVA, 2014). Nestes eventos, foram apresentadas as demandas do movimento sanitário, como o fortalecimento do setor público de saúde, a ampliação do acesso da população aos serviços, assim como a responsabilidade do Estado sobre as ações de saúde no país (PAIVA, 2014). A partir das discussões levantadas nesses eventos, foi redigida, dentre outros documentos, a "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes". O documento continha proposições sobre a saúde da população brasileira e que, mais tarde, fizeram parte do capítulo sobre a saúde da Constituição Federal (CF) de 1988 (COSTA, 2007).

No artigo 196 da CF, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado", tem-se o que alguns autores denominam de "abertura oficial do SUS". Porém, o Sistema somente foi oficializado em julho de 1990, com a promulgação da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). E, apesar de trazer dentre

seus princípios norteadores a integralidade, a equidade e universalidade, a saúde das mulheres ainda carecia de tais orientadores.

Em 1994, ocorreu no Cairo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). O evento contou com a participação de aproximadamente 11 mil pessoas e é reconhecidamente o primeiro evento a tratar dos direitos humanos das mulheres a nível global. Ele foi pioneiro ao reconhecer que o pleno exercício de seus direitos e a ampliação dos meios de ação das mulheres é fator determinante para a melhoria das condições de vida e saúde dessas populações.

Três metas principais foram levantadas pela CIPD: redução da morbimortalidade materna e infantil; acesso à educação, especialmente para as meninas; e acesso à serviços de saúde reprodutiva, em especial para o planejamento reprodutivo. Metas estas que foram incorporadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pela ONU em 2000, e renovados em 2015 através da Agenda 2030.

No entanto, apesar do Brasil ser um importante país membro da ONU desde 1945, e dos esforços empreendidos desde a Conferência de Cairo, as mulheres continuam a adoecer e morrer no país por causas combatidas pelos movimentos citados acima. Em 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no país era de 62 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a projeção pela ONU era manter uma taxa inferior a 35 óbitos (MARTINS, 2017; BRASIL, 2018).

A epidemiologia da mortalidade em mulheres em idade fértil (MIF) também é algo pouco estudado, dificultando assim a análise de indicador. Isso se deve ao fato de que os estudos que tratam da MIF adicionam aos óbitos encontrados aqueles relacionados à gestação e parto, o que demonstra que também este indicador está permeado por uma visão materno-infantilista da saúde das mulheres (PITILIN, 2019).

As principais causas de MIF no Brasil refletem aquelas encontradas em todo o mundo, sendo elas as neoplasias, as causas externas (como acidentes automotivos e violências), doenças do aparelho circulatório e aquelas relacionadas à gestação, parto e puerpério (SAY, 2014; MARTIN, 2018). Esta última caracterizada como mortalidade materna considerada como altamente evitável, sendo por isso indicador da qualidade da assistência à saúde prestada num país e/ou região (SAY, 2014; DIAS 2015; MARTINS, 2017; MARTIN, 2018).

Dentre as mencionadas, o aborto mantém-se como a quarta causa da mortalidade materna no mundo (SAY, 2014; IPEA, 2015). Uma revisão sistemática publicada em 2014, na revista *Lancet*, demonstrou que dos 60.799 óbitos maternos ocorridos mundialmente no período de 2010 a 2014, 7.9% tinham como causa o aborto (SAY, 2014). Observou-se ainda uma grande variação entre as regiões estudadas, como, por exemplo, o fato de o aborto representa menos de 5% dos óbitos na Ásia Oriental, e cerca de 10% na América Latina (SAY, 2014).

No Brasil, a mortalidade materna por aborto, apesar de apresentar uma discreta redução, permanece como causa importante de óbito, principalmente porque há reconhecida subnotificação das causas, o que pode mascarar uma maior magnitude do problema (MARTINS, 2017; CARDOSO, 2020). Um estudo descritivo de base populacional buscou descrever o cenário do aborto no país, e apontou que, no período de 2006 a 2015, a mortalidade relacionada ao aborto variou entre 5% e 3.2% dos óbitos maternos notificados. O trabalho demonstrou ainda que as mulheres pobres, negras e de baixa escolaridade são as que mais morrem por complicações de aborto (CARDOSO, 2020).

Cenário semelhante foi encontrado em um estudo ecológico de uma série temporal (2000 a 2011) realizado em Minas Gerais que analisou a evolução da mortalidade materna por aborto registrados no estado neste período. Entre os anos de 2000 a 2010, ocorreram no estado mineiro 183 óbitos relacionados ao abortamento, representando 15% das mortes maternas ocorridas nesse período (MARTINS, 2017).

A mortalidade por aborto também é reconhecida como importante violação ao direito reprodutivo das mulheres, em especial quando se trata daquelas em situações de vulnerabilidade, como as mulheres pobres, negras, com baixa escolaridade e desempregadas (ANJOS, 2013). Dessa forma, estratégias que qualifiquem a atenção em saúde às mulheres em situação de abortamento justifica o fato deste tema ser alvo de seu interesse e da sociedade, e, por conseguinte, das políticas públicas (OMS, 2013; MARTINS, 2017; MENEZES, 2020).

Segundo o Código Penal Brasileiro, desde 1942, o aborto é permitido no país apenas em casos de risco de morte materna e gestação decorrente de estupro (BRASIL, 1942). Em 2012, durante o surto de Zika Vírus, quando inúmeras gestações foram complicadas por malformações fetais, o Supremo Tribunal Federal

(STF) julgou com parecer favorável também a interrupção de gravidezes de fetos anencéfalos (BRASIL, 2012).

Porém, foi apenas em 1999 que ocorreu a regulamentação dos serviços de aborto legal no país, com o lançamento da norma técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. A publicação foi revisada em 2005, desobrigando a vítima de violência sexual da realização de Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a solicitação de aborto, praticando, assim, a suspeição de veracidade por parte da vítima. Em 2015, foi apresentada uma nova versão, a *Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas Vítimas de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*, com atualizações referentes a coleta de material biológico resultante da agressão e construção da cadeia de custódias (BRASIL, 2015).

Contudo, apesar dos avanços alcançados, o acesso das mulheres a esses atendimentos ainda continua precário. Um estudo publicado em 2015 aponta que, naquele ano, o país tinha registrados 68 serviços que realizavam aborto legal. Porém, dentre eles, apenas 37 realizavam de fato o procedimento (MADEIRO, 2015). Todos os 37 serviços informaram realizar as interrupções em gestações decorrentes de estupro. Já para as outras situações previstas em lei, o procedimento não ocorria. Quando a indicação era por risco de morte da mulher, o número de serviços que realizavam o procedimento caía para 27 (MADEIRO, 2015).

Esse mesmo estudo apontou que os serviços estão concentrados nos grandes centros, e em apenas quatro estados havia serviços fora das capitais, o que dificulta o acesso daquelas que estão nas regiões rurais (MADEIRO, 2015). As mulheres atendidas nestes locais eram jovens, com idades entre 15 a 29 anos (62%), solteiras (71%), cursaram até o Ensino Médio e a principal causa para a solicitação do aborto era a ocorrência de estupro (94%).

Esses serviços, apesar de amparados por arcabouço legal, apresentam importantes dificuldades que impedem o seu funcionamento ideal. O desconhecimento dos profissionais acerca da legislação, questões morais destes quanto ao aborto, assim como o não uso da aspiração manual intrauterina (AMIU) como técnica de esvaziamento de escolha (ZORDO, 2012; MADEIRO, 2015; BRASIL, 2017) são alguns dos obstáculos encontrados pelas mulheres nesse atendimento.

Essas pesquisas apontam ainda outras lacunas no funcionamento desses serviços, reafirmando a necessidade de movimentos e ações que qualifiquem a atenção a tais temas. Falta de privacidade, situações de preconceito e humilhação, ausência de orientações acerca dos procedimentos a serem realizados ou de planejamento reprodutivo pós aborto (SOARES, 2018; McCALLUM, 2016) são algumas demonstrações de que o cuidado prestado à estas mulheres está distante do preconizado, indicando importantes desafios a serem superados pelos serviços.

A violência sexual é considerada uma severa violação dos direitos sexuais e reprodutivos, responsável por cerca de 95% das solicitações de aborto legal no país (MADEIRO, 2015), e que gera naqueles que a sofrem consequências significativas, como doenças psíquicas e físicas, além de impactos na vida social, profissional e familiar (ELLSBERG, 2015; SOUZA, 2018). Tal violência é caracterizada por qualquer ato, ou tentativa de ato sexual, mediante coação, praticados por qualquer pessoa em qualquer cenário (KRUG, 2002). Abrange ainda os crimes de exploração sexual, importunação sexual, ou outros que atentem contra a sexualidade do indivíduo.

O sistema jurídico brasileiro diferencia o estupro em três categorias principais – comum, coletivo e virtual – com penas de seis a dez anos, podendo ser agravadas em caso de a violência resultar em morte, lesão grave, ou praticada contra menores de 18 anos (BRASIL, 2019). Além disso, através da lei 13.718, de 24 de setembro de 2018, atos anteriormente caracterizados apenas como contravenções, como a importunação sexual e a exposição virtual de caráter libidinoso, tornam-se crimes com previsão de penas (BRASIL, 2019).

Por se tratar de uma temática que extrapola os limites de atuação da saúde pública, convocando para a cena de atenção os setores da segurança e justiça, as ações que visam a qualificação do cuidado à população vítima de violência sexual devem criar estratégias que favoreçam a formação de redes intersetoriais. Dessa forma, alianças entre serviços de saúde, polícias civil e militar, assim como institutos médicos legais, devem ser fortalecidas em cenários em que a qualificação é almejada.

Estima-se que cerca de 12 milhões de pessoas sofram violência sexual anualmente no mundo, e que aproximadamente 18% das mulheres sofram algum tipo de violência sexual durante a vida (JONES, 2009; LANG, 2011; BATISTA, 2018).

Um relatório realizado pela Comissão em Defesa dos Direitos das Mulheres, da Câmara dos Deputados, objetivou identificar os cenários em que estavam inseridas as mulheres que sofriam algum tipo de violência. Por não existir, ainda, um banco de dados que reúna todas estas informações, os dados foram coletados por meio de notícias publicadas no período de janeiro a novembro de 2018 que tratavam de casos de violência contra a mulher. Neste período, foram noticiados 140.191 casos de violências de gênero, destes, 32.916 eram estupros (BRASIL, 2019).

Tendo em vista estudos epidemiológicos conduzidos com base nas notificações de violência, o perfil das vítimas é de mulheres jovens, na sua maioria menores de 14 anos, que se autodeclaram brancas ou pardas, no período noturno, em suas residências e que é perpetrada por agressor próximo à vítima (BATISTA 2018; DELZIOVO, 2017; DELZIOVO, 2018, ROSA, 2018; KATAGURI, 2019).

Todavia, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019 apontam que as mulheres negras são aquelas que sofrem mais violência sexual, representando 50.4% das denúncias realizadas no ano de 2018 (FBSP, 2019). Esta foi a primeira versão que tratou o recorte de cor ou raça como variável de análise. Ou seja, observa-se que as mulheres negras ascendem menos aos serviços de saúde do que as brancas e pardas. Este perfil demonstra a necessidade de aprimoramento na abordagem deste assunto com a população, em especial a negra, esclarecendo seus direitos e garantindo seu acesso aos serviços de saúde.

Conforme apontado anteriormente, o estupro de vulnerável, ou seja, aquele praticado contra menores de 14 anos, representou a maior parcela dos casos, assim como a relação de proximidade entre o agressor e a vítima, que, em 49,8% dos casos, se tratava de parceiro íntimo ou familiar (DELZIOVO, 2017; BRASIL, 2019; DELZIOVO, 2018; KATAGURI, 2019). Tais achados trazem uma conclusão preocupante: os agressores fazem uso da confiança e do poder que a sociedade os destina enquanto familiares para violentar mulheres e meninas.

Segundo Brasil (2019), no caso dessas vítimas, a agressão ocorre com repetição, em média semanal e com duração média de 5 anos. No que tange às crianças e adolescentes, o ciclo ainda é mais perverso e de difícil solução. As relações que podem estar imbricadas impedem que a vítima compreenda o vivido como uma violência, ou ainda, que consiga denunciar o agressor (BRASIL, 2019; DELZIOVO, 2018; SOUZA, 2018).

Segundo a Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013, os hospitais da rede SUS devem atender imediatamente todas as vítimas de violência sexual (BRASIL, 2013). Esses serviços devem garantir atendimento médico, psicológico e social, de forma integral e imediata, como meio a assegurar à vítima redução dos danos causados, impedir a revitimização nos atendimentos, assim como facilitar a punição dos agressores quando identificados por meio da coleta e armazenagem adequadas de materiais biológicos (BRASIL, 2013).

Contudo, apesar da legislação vigente, observa-se que o atendimento à essas mulheres ainda apresenta importantes lacunas a serem superadas. Um estudo em Santa Catarina aponta que, dentre as mulheres que procuraram o serviço em até 72 horas após a agressão, apenas 52% receberam profilaxia contra o HIV (DELZIOVO, 2018). Além disso, o estudo aponta a fragilidade do serviço em dar continuidade no tratamento já que aquelas que receberam alguma profilaxia para infecção sexual transmissível (IST), apresentaram maior incidência de IST (DELZIOVO, 2018). Este cenário também foi encontrado em trabalhos conduzidos em São Paulo e Rio Janeiro, os dois principais grandes centros do país (MAGALHÃES, 2017; SANTOS, 2017).

No que tange aos aspectos psicológicos, o atendimento à essas vítimas é ainda mais defasado. Os profissionais demonstram dificuldades em tratar a situação, alguns relatam sentimento de impotência, angústia, além do receio de represálias quando o agressor é alguém conhecido (SOUZA, 2018). Estes sentimentos são ainda mais evidentes quando o profissional é do sexo feminino.

A falta de conhecimento dos profissionais é outro aspecto apontado como limitador na literatura. Os cursos de graduação, assim como os de pós graduação e educação continuada nos serviços, raramente abordam o tema da violência contra a mulher (MADEIRO, 2016; SOUZA, 2018). Os profissionais relatam dificuldades tanto técnicas – pouco arcabouço teórico e legislativo – como também nos aspectos pessoais (MADEIRO, 2016; SOUZA, 2018). Tendo em vista que considerável parcela dos trabalhadores da saúde são mulheres, o atendimento à essas situações gera nestas sentimentos conflitantes que, somado ao pouco conhecimento técnico, impedem que elas estejam competentes para o atendimento (SOUZA, 2018).

Os currículos ainda focam na tríade saúde-doença-conduta, ficando os aspectos sociais, culturais, éticos e econômicos fora da abordagem dos profissionais

(PEDROSA, 2011). Para que o atendimento às mulheres seja realmente integral, as diversas dimensões que envolvem a violência de gênero devem ser abordadas nos currículos. Dessa forma, aquela mulher que chega com queixas vagas, ou que nunca soluciona sua demanda mesmo após vários atendimentos, pode carregar consigo um histórico de violência que nunca é desvendado devido à falta de treinamento dos profissionais nessa abordagem (SOUZA, 2018; PEDROSA, 2011).

Reflexões sobre gênero, feminismo, sexualidade, patriarcalismo, e relações afetivas devem fazer parte dos currículos dos cursos de saúde (PEDROSA, 2011). Dessa forma, o profissional, quando diante de uma situação de violência de gênero e aborto, será capaz de mobilizar estes diversos conhecimentos e associá-los às condutas clínicas preconizadas para garantir à mulher um atendimento integral. Quando este referencial está deficiente, o profissional atua como julga ideal, de acordo com a forma que compreende o mundo, o que, em algumas situações, pode culminar em atos preconceituoso, hostis e violentos (PEDROSA, 2011).

Numa tentativa de modificar o cenário de saúde das mulheres no país, não apenas no ciclo gravídico-puerperal, O MS lançou em 2011 a Rede Cegonha (RC), através da portaria 1459 de 24 de junho. A RC é uma rede de cuidados que visa à garantia de direitos sexuais, reprodutivos, a atenção humanizada ao parto, puerpério e a criança até 24 meses de idade (BRASIL, 2011).

Entretanto, é importante destacar que manifestações críticas à RC foram pontuadas à época de sua criação, principalmente por parte do movimento feminista, que identificava nessa estratégia uma retomada ao foco materno-infantilista, que representava a despolitização e dessexualização de políticas sobre reprodução. Além disso, apontavam-se lacunas em relação as questões relativas ao aborto, um importante tema de saúde pública, bem como as diversas formas de violência contra a mulheres, entre elas, a violência sexual (AQUINO, 2014; DINIZ, 2013).

A RC, então, buscou instaurar um modo novo/renovado de fazer política, tendo em vista a atenção e a gestão no campo da saúde das mulheres, bebês e famílias, no âmbito do SUS. Experiências foram retomadas, como o Programa de Qualificação de Maternidades (PQM), a Política Nacional de Humanização (PNH), além do compromisso internacional assumido pelo Brasil – os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) –, e de pactuações nacionais, como o Pacto Nacional de Redução de Mortalidade Materna (PASCHE, 2020; BRASIL, 2011).

As altas taxas de mortalidade materna e neonatal, a necessidade de avanços na qualificação da atenção e a falta de infraestrutura adequada nos hospitais e maternidades, além da superação do ainda hegemônico modelo tecnocrático de atenção e a violência obstétrica – uma forma de violência de gênero, ainda sobejamente observada nos serviços – justificava a importância de uma estratégia como a RC (CAVALCANTI et al, 2013; CARNEIRO, 2013; PASCHE et al, 2014).

A RC propõe a qualificação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras no âmbito do SUS, estimulando a abertura de vagas de cursos de especialização e/ou residência em enfermagem obstétrica, e formando profissionais capacitados para a assistência humanizada ao parto e nascimento. Entre os anos de 2016 a 2018, cerca de 4 mil profissionais participaram dessa formação (BRASIL, 2018).

Ainda como forma de qualificar a assistência obstétrica e neonatal no país, a RC adota no componente “parto e nascimento” o estímulo de criação de instâncias de cogestão ou outros dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) nas maternidades do país. Após seis anos do lançamento da RC, esta estratégia de aprimoramento da atenção obstétrica e neonatal no país busca ampliar seu alcance na rede SUS por meio de hospitais de ensino, como o que se coloca como proposta no projeto ApiceON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, que será abordado no tópico a seguir.

3.2. O projeto ApiceON e a qualificação da atenção às mulheres e bebês por meio da construção de coletivos

Criado em 2017, em uma parceria entre MS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), FIOCRUZ, e tendo a Escola de Enfermagem da UFMG (EE/UFMG) como secretaria executiva, o Projeto ApiceON tem com o objetivo principal:

Qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (BRASIL, 2018).

O projeto abarca cerca de 100 hospitais certificados pelo MS como universitários, de ensino e unidades auxiliares de ensino, que realizaram até dezembro de 2015 mais de mil partos, conforme o sistema de informação hospitalar (SIH), aderidos à RC e que recebam incentivos financeiros de custeio (BRASIL, 2017).

O intuito desta estratégia é contribuir com a mudança do cenário obstétrico e neonatal do país através da qualificação do ensino pela adoção de práticas, no âmbito do parto, nascimento, abortamento e saúde sexual e reprodutiva, baseadas em evidências e na garantia de direitos (BRASIL, 2017).

A importância desse objetivo para o cenário obstétrico neonatal no país, no campo do parto e nascimento, deve-se à permanência do chamado "paradoxo-perinatal", que se define por um maior acesso das mulheres aos serviços saúde, sem, no entanto, haver redução da morbimortalidade materna (DINIZ, 2009). Associado a isso, temos, no país, altas taxas de cesarianas e partos com intervenções, muitas vezes desnecessárias (LEAL, 2018), culminando em iatrogênias maternas e neonatais. Além disso, existem também lacunas no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, que se expressam através das altas taxas de gestações indesejadas, abortos clandestinos e violências de gênero.

Dessa forma, a criação de um projeto que visasse a mudança deste panorama fazia-se necessária. Porém, diferente dos projetos anteriormente lançados, o ApiceON não se baseia apenas em um aspecto da assistência. O projeto traz em sua estrutura três dimensões bem definidas e indissociáveis para o alcance de uma atenção de qualidade: atenção, gestão e ensino.

O ApiceON compreende a visão de gestão apresentada por Campos (2000), tomada aqui como cogestão, e que comparece no sentido de modelo de organização e condução do trabalho, e não apenas como administração. Tal questão é vista como um desafio a ser superado, considerando a tradição da gestão horizontalizada e polarizada (CAMPOS, 2000).

No ensino, o Projeto traz à tona a importância da discussão dessa questão por todos os envolvidos em atividades formadoras de profissionais. Ao rever suas articulações com as instituições de ensino, projetos políticos-pedagógicos, e propor ações que possam aprimorar este eixo, o Projeto elucida o inegável desafio de

reduzir a distância entre universidades-serviços, que, muitas vezes, gera insatisfações com o cuidado prestado e/ou recebido.

Como forma de qualificar os processos de atenção, gestão e formação conforme preconiza seu objetivo geral, o Projeto apoia-se na metodologia do acompanhamento avaliativo. A avaliação funciona comonexo entre os três componentes do projeto, transversalizando-os (SANTOS FILHO, 2020a). Tal estratégia reconhece o processo avaliativo como potente ferramenta para a mudança de paradigmas. A avaliação não deve ser algo prescritivo, alheio à realidade, uma obrigação a ser cumprida. Ao contrário, ela deve ser no/do serviço. Além disso, deve ser capaz de fazer a equipe rever seu fazer e, assim, aumentar sua capacidade avaliativa e transformadora (SANTOS FILHO, 2014).

Para que essa forma de avaliar seja efetiva na sua missão de intervir e formar, o arranjo de PM&A (Planejamento, Monitoramento e Avaliação) experimentado na Política Nacional de Humanização (PNH) no implementado ao projeto (SANTOS FILHO, 2014). O PM&A tem a função de contribuir com a estruturação, desenvolvimento e acompanhamento, assim como direcionar o trabalho da equipe em todas as ações do projeto.

O ApiceON, diferentemente dos programas ministeriais prévios, inova ao trazer para o cenário nacional uma nova metodologia de trabalho não centrada em apenas repasses financeiros (SANTOS FILHO, 2020a). Para que a práxis da avaliação ganhe força e se torne permanente nos serviços, uma rede de apoio institucional (AI) foi criada no projeto.

Esta rede interliga a equipe do projeto com aquelas dos serviços, possibilitando os movimentos de diagnóstico, intervenção e monitoramento de forma transversal e coparticipativa. Ela objetiva auxiliar a construção de práticas de saúde mais reflexivas, acolhedoras e equânimes (BRASIL, 2017). As ações desta rede estão pautadas na inseparabilidade entre ensino, gestão e atenção em prol da mudança de cenário atual.

O arranjo de gestão é de implementação do Projeto e inclui coordenação geral, a equipe de PMA, supervisoras, mediadoras – tendo o MS a responsabilidade das ações macropolíticas e de acompanhamento de sua execução (BRASIL, 2017). Nesse sentido, destacam-se as funções de referências técnico-políticas que atuam mais proximamente aos serviços, como a função de supervisão e de mediação.

O supervisor é uma referência técnico-política, sendo interlocutor entre a equipe de pesquisa e os mediadores. Ele deve apoiar os mediadores nos movimentos junto aos hospitais, ofertando conceitos e tecnologias de apoio institucional. Já os mediadores são aqueles mais próximos às equipes das instituições, articulando com os Grupos Estratégicos Locais (GEL's) as ações a serem definidas. Ele auxilia as equipes na construção dos diagnósticos situacionais, planos operativos, assim como na avaliação dos trabalhos realizados. O mediador deve, através do seu trabalho, propiciar aos serviços a adoção de uma gestão compartilhada, e facilitar a identificação do cenário real, não focado apenas nas fragilidades do serviço.

O GEL é, em primeira instância, a demonstração do que se compreende como gestão compartilhada. Deve ser composto por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, de forma a proporcionar a participação dos vários atores nas discussões realizadas. Neste grupo, através de reuniões, conferências e debates, todos aqueles que fazem parte do cenário discutem as ações a serem realizadas, refletidas, visibilizadas ou ainda, canceladas. É o GEL o responsável por, juntamente com o mediador, construir o diagnóstico e, a partir dele, elencar quais aspectos devem ser aprimorados (BRASIL, 2017). Além disso, é através do GEL que as ações do projeto serão articuladas com os demais gestores/áreas dos serviços (BRASIL, 2017).

As mudanças objetivadas nestes coletivos dependem da corresponsabilização do indivíduo, e são capazes de aumentar nos profissionais (e nos serviços) que o integram o protagonismo e autonomia (MORI, 2014; SANTOS FILHO, 2020), com o desafio principal de fomentar a discussão de práticas, assim como a reflexão sobre o trabalho em saúde (SANTOS FILHO, 2020a). Esses coletivos têm a função de articular as ações do projeto com as demais áreas/setores do serviço, assim como avaliar o serviço, planejar e executar ações e monitorar o andamento das intervenções realizadas, intensificando-as ao mesmo tempo que as estendendo (BRASIL, 2017; SANTOS FILHO, 2020a).

As análises coletivas são direcionadas pelo “desenho do acompanhamento avaliativo transversal”, metodologia de trabalho proposto pelo ApiceON que compreende a *indissociabilidade* entre três dimensões avaliativas: i) *o Projeto e sua dinâmica* (dimensão 1), que engloba o âmbito de intervenções que ele é capaz de

produzir (processos e efeitos); ii) os *sujeitos no contexto do processo de trabalho* (dimensão 2), que informa sobre a inserção-inclusão dos trabalhadores e articulação/produção de práticas de integração, destacando-se a articulação de saberes, de práticas, de produção de estratégias de renovação de atuação, de construção de projetos comuns e de redes, tendo o GEL como instância/espaco coletivo dessas articulações; e iii) *o serviço e a dinâmica de prestação de cuidado* (dimensão 3), que aponta para as repercussões nos tipos de práticas de atenção incorporadas na dinâmica dos serviços na relação com os usuários (BRASIL, 2017; SANTOS FILHO, 2020).

Para propiciar os movimentos de conhecer a realidade, propor ações e avaliar sua evolução, instrumentos foram criados para facilitar (e não aprisionar) as atividades das instituições. O primeiro deles, o Diagnóstico Situacional (DS), deve ser realizado de forma participativa, a fim de evitar um olhar fragmentado e individualizado. É estruturado em matrizes que contemplam várias categorias operacionais. Em um dado momento, estas categorias passam por uma avaliação da maternidade, que pontua sua situação atual entre incipiente e avançada.

As ações que necessitam de aprimoramento têm suas metas elencadas e pactuadas pelos integrantes do GEL a partir de uma análise mais ampliada no Plano Operativo Anual (POA). As iniciativas devem focar nos elementos estruturantes da formação, atenção e gestão, e ser atualizadas periodicamente a fim de verificar sua execução e adequação (BRASIL, 2017).

As várias dimensões (parto, nascimento, aborto, violência sexual, entre outros) são tratadas em cada um desses documentos. As dimensões referentes às boas práticas de atenção ao abortamento e violência sexual, estão, *a priori*, elencadas no componente “atenção”. Contudo, reforçando a ideia de que o cuidado qualificado perpassa os três elementos estruturantes, aspectos referentes à gestão e ensino podem ajudar a compor o elenco de ações.

No que tange às boas práticas de atenção ao abortamento, os itens avaliativos pautam-se na norma técnica publicada em 2011 pelo MS. A norma traz em seu escopo as ações que devem ser realizadas nos serviços para proporcionar às mulheres atendimento humanizado nas situações de aborto, inclusive a garantia da realização de interrupções previstas por lei nas instituições (BRASIL, 2011).

Porém, caso o serviço não seja habilitado para tal, um plano de referenciamento deve ser construído de forma a garantir o direito das mulheres.

Já em relação às vítimas de violência sexual, o instrumento não direciona as ações através de uma normativa. Ele aponta, no entanto, que as ações devem garantir o direito à privacidade, à segurança, ao atendimento humanizado, integral e multidisciplinar, evitando assim a revitimização e o abandono do seguimento ambulatorial pelas mulheres. Assim como nos casos de aborto legal, a instituição que não o realiza deve garantir orientação e referência a serviços habilitados em tempo hábil.

Esses instrumentos devem ser construídos juntamente com todos aqueles que compõem o cenário de assistência, sendo atualizados sempre que houver mudanças no serviço. Tais movimentos de avanços e recuos proporciona aos serviços uma avaliação panorâmica da real situação em que a instituição se encontra (SANTOS-FILHO, 2014). Além disso, promove uma visão criteriosa das potencialidades e fragilidades de cada hospital, assim facilitando o processo de tomada de decisão.

Dessa forma, o ApiceON, através da difusão do "processo avaliativo" como metodologia de trabalho e pesquisa, promove a adoção da cogestão, da importante aliança ensino-serviço-comunidade e, conseqüentemente, da humanização pelas instituições participantes, de modo a potencializar a mudança no cenário obstétrico-neonatal no país.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Este estudo insere-se numa pesquisa maior intitulada "*Avaliação para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividades de ensino*". Assim como nesta pesquisa, o tipo de análise adotado foi o estudo de casos múltiplos, com o diferencial de se tratar de um caso único. Tal escolha deu-se pelo fato dessa abordagem permitir ao pesquisador investigar a evolução de um fenômeno em seu contexto, possibilitando, deste modo, o reconhecimento de seus fatores intervenientes (YIN, 2015).

A autora da pesquisa é trabalhadora do serviço em análise desde 2017, atuando diretamente na assistência ao parto e nascimento. Apesar de sua experiência no cuidado às parturientes e neonatos, a atenção às mulheres em situação de abortamento e violência sexual sempre lhe despertaram interesse por reconhecer a importância destas temáticas para a saúde das mulheres, e porque são inegáveis as lacunas no saber-fazer acerca do cuidado nesse campo, tanto individual como coletivo, justificando-se assim, o tipo de pesquisa adotado neste estudo.

4.2. Unidade de análise

Foi escolhida para este trabalho a maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), devido à sua importância para a saúde de mulheres, mães e bebês habitantes do eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG.

Fundado em 1998, o HRTN é um hospital geral, referência no atendimento de urgências e emergências para uma população de mais de um milhão de habitantes (HRTN, 2020). Conta com cerca 370 leitos e realiza em média 450 cirurgias e aproximadamente 1500 internações mês, com 100% dos seus leitos no SUS (UFMG, 2019). Gerenciado pela Fundação de Desenvolvimento e Pesquisa (FUNDEP), recebe repasses dos governos federal, estadual e municipal, sendo o estado com o maior percentual de repasses. Possui núcleo de gestão da qualidade e

ouvidoria, setores que trabalham em função da melhoria da atenção prestada, assim como no incentivo ao desenvolvimento e valorização profissional (HRTN, 2020).

Hospital de ensino, é cenário de práticas para alunos da graduação e pós-graduação, recebendo, por ano, 2.3 mil discentes. Mantém cinco programas de residência médica (clínica médica, neurologia, ortopedia e, traumatologia) e dois de residência multiprofissional. Além disso, é campo de estágio para outros programas de pós-graduação coordenados por universidades parceiras como a UFMG.

A Maternidade do HRTN conta com 27 leitos para Alojamento Conjunto, três quartos PPP's (pré-parto, parto e puerpério) e 10 leitos de cuidados intensivos neonatais. A média de partos na instituição é de 270 nascimentos por mês e apresentou no ano de 2019 a menor taxa de cesarianas do município (22%) (UFMG, 2019). A sua equipe conta com a atuação de enfermeiras obstetras no cuidado direto à gestante, parturiente e neonato de risco habitual em todos os plantões, assim como de doulas voluntárias, psicóloga e assistente social, o que garante às mulheres, bebês e famílias, cuidado qualificado. A maternidade possui ainda unidade integrada para registro de nascimento.

Além disso, a maternidade preenche os critérios para a inclusão no projeto maior, a saber: ser credenciado como hospital com atividades de ensino, ter realizado em 2015 pelo menos 1000 partos, conforme o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), e ser credenciado à RC, recebendo dela incentivos financeiros.

Tendo em vista que a instituição se faz através do trabalho das pessoas que a compõem, esta unidade de análise estará focada nos profissionais que integram o Grupo Estratégico Local (GEL), e são suas ações, relações e características que foram analisadas neste trabalho. Este grupo é formado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros, e visa a práxis da gestão compartilhada e da avaliação contínua da realidade e dos resultados alcançados pelas ações por ele definidas.

4.3. Participantes do estudo

Foram elencados como potenciais participantes os profissionais inseridos na composição do grupo estratégico. No momento de formação deste grupo, foram

convocados 14 profissionais de diversas categorias pelas coordenações correspondentes. Destes, oito eram representantes da maternidade, quatro da neonatologia, assim como da educação continuada, Secretaria Municipal de Saúde, e nutrição e dietética do serviço. A categoria profissional com maior quantitativo era a de enfermagem, com quatro profissionais inseridos. Representantes do ensino e pesquisa (ambas coordenadoras das residências de enfermagem e medicina) também estavam presentes com três profissionais, sendo que dois atuavam como docentes na instituição de ensino a qual vincula-se o serviço, campo de estudo.

Participaram desta pesquisa os profissionais integrantes do GEL do HRTN que se envolveram ativamente nas discussões acerca das dimensões de boas práticas de atenção ao aborto e violência sexual. Dez integrantes participaram de forma voluntária na pesquisa. A totalidade das participantes eram do sexo feminino, com idade média de 42 anos, e aproximadamente 6 anos de trabalho na instituição. As categorias profissionais mais predominantes eram a enfermagem e o serviço social, cada uma com três profissionais, seguida da medicina com duas, e nutrição e psicologia com uma representante cada.

Durante a coleta de dados através da observação participante, todos estavam presentes, porém nas entrevistas apenas 5 conseguiram responder. Com relação ao perfil das participantes, havia duas enfermeiras, duas assistentes sociais e uma médica. Duas dessas profissionais tinham vínculo com a universidade. A idade variou entre 27 a 57 anos, e o tempo de trabalho na instituição entre 6 meses a 11 anos, o que demonstra uma variedade de vivências no serviço. As participantes foram identificadas e convidadas durante a participação da pesquisadora nas reuniões do GEL. Nesta ocasião, o projeto foi apresentado, além de seus objetivos e metodologia. Foi também solicitada a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4. Procedimento de coleta de dados

A escolha por múltiplas fontes e formas de análise de dados deve-se ao reconhecimento da complexidade do objeto desta investigação, que exige o uso de múltiplas abordagens para uma compreensão abrangente da realidade (YIN, 2015).

Foram escolhidas como ferramentas de coleta de dados a análise documental, a entrevista e a observação participante.

A análise documental foi realizada através da leitura dos documentos articuladores do projeto ApiceON, entre eles o Diagnóstico Situacional (DS) e Plano Operativo Anual (POA). O primeiro tem como objetivo a análise pelo coletivo do cenário no qual o cuidado às mulheres se insere. Estruturado em matrizes (componente, diretriz e dimensão), constam itens avaliativos sobre os quais o grupo deve refletir. Os componentes são aqueles estruturantes do Projeto: atenção, gestão e formação. As diretrizes são campos de atuação referentes a cada componente que deve ser trabalhado, sendo sete no total. E, por fim, as dimensões são o aspecto mais proximal da avaliação aos quais os indicadores e metas estão diretamente relacionados. Cada dimensão é avaliada quantitativamente com notas que melhor se ajustam as seguintes situações: 1 - inexistente; 2 - incipiente; 3 - intermediário e 4 – avançado. Além disso, são realizadas também observações relativas à situação atual e às inovações e/ou experiências positivas em andamento no serviço, como apresentado no Quadro I:

Componente (atenção, gestão, ensino)		
Diretriz		
Dimensão	Itens avaliados	Situação atual - Escala * (1) Inexistente; (2) Incipiente; (3) Intermediário; (4) Avançado
Classificação considerando o todo da dimensão (nota baseada na escala acima, que melhor represente a situação global da dimensão)		
Observações relativas à situação atual		
Intervenções e/ou experiências positivas em curso no serviço		
(*) Escala avaliativa da situação atual (1) Inexistente, devendo ser implementado (2) Incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar (3) Intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar (4) Avançado, não necessitando incluir como atividade para aprimorar		

Quadro I – Roteiro do instrumento Diagnóstico Situacional (DS)

Fonte: Documentos institucionais do projeto ApiceON, 2017

Já no POA, categorias trabalhadas no DS são resgatadas e desdobradas, como apresentado no Quadro II:

Resultado esperado (no componente)					
Diretriz					
Dimensão	Situação atual (nota procedente do DS)			Meta geral associada à dimensão (meta geral indicada pelo Projeto equivalente à imagem objetivo)	
Dimensão	INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS
	Indicador	Linha de base	Meta local		

Quadro II – Roteiro do instrumento Plano Operativo Anual (POA)

Fonte: Documentos institucionais do projeto ApiceON, 2017

Além desses instrumentos, um conjunto de indicadores foi proposto pelo projeto ApiceON, entre eles, indicadores de interesse deste estudo: de hospitais realizando AMIU; de hospitais com inserção pós-abortamento imediata de DIU com cobre; de hospitais com serviço de interrupção legal da gestação; número e porcentagem de hospitais com inserção imediata de DIU de cobre pós-parto; e de hospitais com serviço de violência sexual ativo. Vale destacar que o MS acompanha, mensalmente, sete indicadores de Ações Estratégicas e Eventos Sentinela por região do país. Dentre eles, cinco têm relação com o objeto deste estudo. A ficha técnica de acompanhamento desses indicadores abarca as seguintes categorias: o indicador e sua definição, cálculo, fonte, parâmetro, interpretação e uso do indicador e, por último, as limitações do indicador (SANTOS FILHO, 2020).

Além desses instrumentos, atas de reuniões e materiais institucionais que continham dados sobre o funcionamento, estrutura e história da maternidade compuseram a análise documental. Tal técnica caracteriza-se pelo uso de materiais que não receberam, até então, nenhum tratamento científico, como relatórios, atas, filmes, gravações, cartas, entre outros, e que funcionam como importante fonte de dados confiáveis, estáveis e de baixo custo ao pesquisador (GIL, 2008).

O acesso a estes documentos foi obtido após aprovação do presente trabalho junto ao Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPE) da instituição e aceite dos integrantes

do grupo para tal. Dos documentos próprios do ApiceON, foram obtidas 3 versões do DS (junho 2018, dezembro 2019, janeiro 2020). Já com relação a POA, 5 atualizações do mesmo foram fornecidas para a análise (junho 2018, dezembro 2018, agosto 2019, dezembro 2019 e janeiro 2020). Esses instrumentos foram fornecidos em formatos Word e Excel, pela articuladora do grupo.

Quanto às atas, os documentos eram referentes às reuniões prévias a aprovação do projeto e, posteriormente, à entrada da pesquisadora do grupo, totalizando assim 15 atas (compostas no período de maio 2018 a agosto de 2019), em um total de 25 laudas. Oito reuniões não tinham atas digitadas, o que representou perdas de dados para a pesquisa. Os documentos eram lidos pela pesquisadora, arquivados nas contas já citadas, e interpretados visando reconhecer nas informações prestadas os movimentos e ações do grupo.

As entrevistas também foram utilizadas como fonte de dados deste estudo. Para Yin (2015), as entrevistas são importantes ferramentas para o estudo de caso, pois permitem ao pesquisador aprofundar o objeto de estudo através das falas dos informantes. Trataram-se de entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras que abordavam os três componentes estruturantes do projeto ApiceON (atenção, ensino e gestão) no âmbito do cuidado às mulheres em situação de violência sexual e abortamento (Apêndice I). As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante, em local escolhido por ele. Ao início da entrevista, os objetivos da pesquisa foram elucidados aos sujeitos, que foram informados também que sua participação era voluntária e a recusa poderia ocorrer a qualquer momento.

Além disso, aos participantes era solicitada a autorização para a gravação de áudio da entrevista. Após a entrevista, o áudio foi transcrito e o documento gerado foi apresentado ao sujeito participante para validação. Apenas após a conferência e aceite pelo participante que a transcrição era armazenada permanentemente na conta do projeto, para posterior análise em *software* próprio (MaxQDA 2020 para MacOS). Dessa forma, foram identificados no início da coleta de dados sete profissionais que tinham maior participação nas reuniões e discussões sobre as dimensões analisadas. Porém, ao final do período de coleta de dados, cinco entrevistas foram realizadas (dois integrantes não conseguiram participar por conflitos de agendas, três tentativas de agendamento foram realizadas, mas sem sucesso).

Os encontros tiveram duração média de 27 minutos e foram conduzidos em sua totalidade nos locais de trabalho dos profissionais (quatro na própria instituição de saúde, e uma unidade administrativa da universidade parceira) e durante seus expedientes de serviço. Durante a explanação dos objetivos da entrevista, a pesquisadora detalhou as formas de registro a serem utilizadas (anotações e gravação de áudio). Caso o participante não aceitasse a gravação, a entrevista era cancelada, tendo em vista a importância desse registro para o posterior tratamento dos dados. Não houve nenhuma restrição à gravação por parte dos profissionais. A aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) próprio para esta fase da coleta era realizada no início do encontro. Após a leitura do documento pelo participante, a pesquisadora resolvia as dúvidas que por ventura surgissem. Duas cópias eram fornecidas, uma do participante e outra da pesquisadora. As questões norteadoras conduziam a entrevista. Contudo, novas perguntas poderiam surgir de acordo com as falas dos entrevistados.

Após o término da entrevista, áudios e TCLE's eram arquivados em conta própria da pesquisa nos servidores Google e iCloud como forma de segurança. As transcrições foram realizadas, em sua maioria, no mesmo dia da entrevista. Duas, com duração superior a uma hora e maior densidade de dados, necessitaram de um tempo médio de serviço de 7 horas. Após a transcrição concluída, os documentos criados foram apresentados aos participantes como forma de validar suas falas nas entrevistas. Nenhum questionamento foi levantado nesta fase.

Assim, após a aprovação pelos entrevistados, as transcrições passaram a compor o banco de dados oficial da pesquisa. Durante a transcrição, a identidade dos participantes foi preservada através de pseudônimos. Por se tratar de uma equipe essencialmente feminina, e que lutou pelo aprimoramento do cuidado prestado às mulheres em situações de vulnerabilidade, as participantes foram nomeadas com sobrenomes de personagens feministas, a saber: Berta Lutz, Dandara dos Palmares, Nísia Floresta, Anita Garibaldi, Celina Viana, Carmem Miranda e Maria Quitéria.

Para a observação, a pesquisadora foi inserida ao grupo, após a aprovação de todos os membros do GEL. As coletas de dados ocorreram durante as reuniões do grupo, realizadas entre os meses de outubro a dezembro de 2019, caracterizando os encontros do terceiro ciclo de ações do ApiceON. Tratava-se de

observação do tipo participante, em que o pesquisador, a fim de obter maiores e mais fidedignas informações, integra-se ao grupo. Para Minayo (2014), este tipo de pesquisa ocorre em duplo sentido, tendo participantes e pesquisadores sendo mutuamente modificados durante o processo. E apesar dessa reflexividade parecer dificultar o clareamento das informações, considerando-se a parcela de participação do pesquisador, essa metodologia valoriza a compreensão dos processos e não apenas dos resultados, incluindo, sobretudo, aquilo que é singular ao contexto estudado (MINAYO, 2014), que é importante num estudo de caso. Foram realizadas anotações, guiadas por instrumento próprio (Apêndice II) durante as reuniões.

No período de coletas, entre a segunda quinzena de outubro/2019 e o mês de janeiro/2020, sete reuniões foram realizadas. Estes encontros aconteciam às terças ou quintas, no período da tarde, entre 13:30 e 16:00. Grande parte das reuniões – cinco delas – ocorreram na sala de reuniões do hospital, local já reservado previamente pela articuladora do grupo. Os encontros tinham uma média de sete participantes, sendo os mesmos em todas as reuniões, as faltas eram sempre justificadas no início da discussão e no grupo de Whatsapp criado para o coletivo. Os assuntos a serem abordados eram determinados ao longo do período entre reuniões, de acordo com as demandas apresentadas, bem como através das pendências identificadas no encontro anterior.

Para a realização da observação, foi aplicado TCLE próprio para a coleta de dados a todos os integrantes que participavam do encontro. Caso um novo integrante fosse adicionado ao grupo, o documento era aplicado a ele individualmente. Não houve recusa à participação na observação. A observação objetivava o (re)conhecimento das relações interpessoais, interprofissionais, assim como interinstitucionais que se construía ou se modificavam ao longo do tempo, além de apreender como o coletivo se movimentava em torno das ações e metas elencadas. Para tal, a pesquisadora realizava, durante as reuniões, anotações que registrassem os aspectos de interesse, sem se ausentar das discussões propostas.

Posteriormente, esses dados eram lidos, interpretados e digitados em formato de notas de campo (NC), identificadas de 1 a 8, correspondentes a cada reunião observada. As identidades dos participantes eram preservadas, mantendo os pseudônimos utilizados nas entrevistas. Estas notas totalizaram 14 laudas, arquivadas nas mesmas plataformas que as entrevistas.

4.5. Análise dos dados

A interpretação dos dados coletados (entrevistas, observação e análise documental) foi feita através da metodologia de avaliação proposta pelo próprio Projeto. Este desenho avaliativo se propõe a uma dinâmica de análise-intervenção-produção, funcionando como movimento cartográfico que busca ao mesmo tempo compreender a realidade e transformá-la (SANTOS FILHO, 2020a).

O desenho de acompanhamento avaliativo transversal do Projeto serviu portanto, como referência para a análise nesse estudo, buscando-se, como propõe o projeto ApiceOn, a ampliação do processo avaliativo, a conectividade entre resultados, processo e efeitos, que vão sendo produzidos no andamento de implementação-avaliação do Projeto (SANTOS FILHO, 2020a).

Com esse tipo de avaliação, buscou-se ampliar a análise em suas três dimensões (indissociáveis), como descrito no QUADRO III:

Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3
O Projeto e sua dinâmica: estrutura, conteúdos e estratégias político pedagógicas	Os serviços/sujeitos/coletivos e sua dinâmica: os sujeitos no contexto do processo de trabalho (na atenção-gestão-formação)	Os serviços e a dinâmica de prestação do cuidado aos usuários: os rumos das práticas de cuidado
Dimensões/ Focos de processos e efeitos		

<p>Organização/arranjos, articulação de ações, recursos, etc. (Aspectos relacionados à implementação do projeto, ofertas e ajustes nas ofertas e nos modos de fazer - âmbito das intervenções)</p>	<p>Aspectos que informam sobre inserção-inclusão dos trabalhadores; articulação/ produção de práticas de integração (trabalho-formação). Autonomia-protagonismo (como sujeitos, coletivos). Pode-se ilustrar com os seguintes eixos de avaliação: *Oportunidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, dos processos, práticas e relações de trabalho; *articulação/ produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais; *articulação/produção de estratégias de renovação de sua atuação, do funcionamento como equipe, na relação entre pares e com a hierarquia de gestão; *articulação de interesses para a construção/ invenção de projetos comuns e construção de redes. Aqui se destaca o GEL de cada hospital a ser avaliado como instância/espaco coletivo em sua perspectiva de articulação com os focos mencionados nesta dimensão</p>	<p>Repercussões nos tipos de práticas de atenção incorporadas na dinâmica dos serviços na relação com os usuários</p>
--	---	---

Quadro III – Desenho da metodologia “acompanhamento-avaliativo”

Fonte: Santos Filho, 2020a

Estas dimensões ampliam as perspectivas avaliativas, além de despontar como estratégia de aprendizagem, autonomia e corresponsabilização (SANTOS FILHO, 2020b). Ao se inserir nesta transversalidade, o pesquisador é convidado a cartografar os movimentos dos atores em cena, exercitando a atenção flutuante e aberta a elementos surpresas que podem surgir ao longo da trajetória (SANTOS FILHO, 2020b).

Após a leitura e interpretação dos dados coletados, os resultados foram organizados através das dimensões propostas na metodologia de acompanhamento avaliativo. Além disso, ao se envolver nas discussões do grupo e ter a oportunidade de analisar cientificamente os dados por ele construídos, outros resultados – no que tange à própria trabalhadora-pesquisadora, para além do que é proposto pela metodologia de análise – podem ser levantados e afetam diretamente na construção desta profissional que nesse caminhar vai se tornando profissional-pesquisadora do seu fazer e de um saber-fazer coletivo.

4.6. Aspectos éticos

O projeto no qual este trabalho se insere como produto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre o parecer número: CAAE: 64771917000051-49 (Anexo I). O trabalho em tela foi submetido ao parecer do Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão (NEPE) do HRTN, com aprovação em 16 de outubro de 2019 (Anexo II).

Aos participantes foi aplicado um termo de consentimento livre e esclarecido, tanto para a observação quanto entrevista (Apêndice III e IV). A identidade dos profissionais foi preservada e garantido a eles sigilo e desistência da participação ao seu pedido.

O material gerado (áudios, transcrições e notas de campo) foi armazenado em conta própria em serviço de armazenamento de dados do Google, de acesso apenas pela pesquisadora. Os dados serão arquivados por um período de 5 anos (nesse serviço e em formato físico), podendo ser requisitado pelos participantes até o final desse intervalo. Terminado o período, as informações serão destruídas.

5. RESULTADOS

5.1. Dimensão I – O projeto e sua dinâmica na qualificação do cuidado às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.

Os resultados apresentados neste tópico foram obtidos por meio de fontes documentais do próprio Projeto ApiceON, o diagnóstico situacional (DS) e o plano operativo anual (POA) – considerados documentos estratégicos –, além das atas de reuniões e dos registros da observação participante feito pela pesquisadora, buscando demarcar os movimentos e ações e articulando os três focos analíticos: atenção, gestão e formação.

A *dimensão 1*, portanto, enfatiza a constituição do GEL e destaca os desafios desse coletivo de induzir a (re)organização do serviço nas dimensões: i) boas práticas na atenção ao abortamento; e ii) boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual, tendo em vista os componentes estruturantes do Projeto ApiceON e ressaltando o alcance das ações pactuadas no POA. Para tanto, foram consideradas as estratégias relacionadas aos elementos que tomam como base a dimensão I do acompanhamento avaliativo, tais como os aspectos relacionados ao âmbito das intervenções, utilizando como base o desenho do acompanhamento avaliativo (Quadro III).

Em maio de 2018, a maternidade do HRTN ingressou no projeto ApiceON, tornando-se, assim, uma das sete instituições participantes no município de Belo Horizonte. Sua presença na iniciativa deve-se à importância desse hospital para o atendimento a uma expressiva parcela da população belo-horizontina, assim como no ensino de estudantes no nível técnico, superior e pós-graduação. Tais características potencializam a capilarização do objetivo principal do ApiceON: o aprimoramento e inovação na atenção obstétrico neonatal.

Neste momento, foi formado o GEL, que, nestes dois anos de implementação do Projeto ApiceON, continua a funcionar alinhado à ideia de gestão compartilhada. Seus integrantes são, portanto, considerados avaliadores-pesquisadores de seu próprio processo de trabalho (SANTOS FILHO, 2020a).

Por ocasião da formação desse grupo, seguindo a metodologia proposta pelo ApiceON, foram escolhidas as coordenadoras e articuladoras do GEL. A primeira

tinha como função primordial orientar as discussões, pautar demandas e organizar as ações a serem realizadas pelo grupo. Para tal função, foi indicada uma profissional médica da área da obstetrícia, com atuação na assistência e na gestão da maternidade. A participação da pesquisadora no GEL permitiu apreender que sua adesão ao grupo (também confirmada pelos registros nas atas) foi estratégica, tendo em vista seu lugar no campo da atenção, da gestão e do ensino – demonstrando, assim, a articulação entre os três componentes estruturantes do ApiceON.

Já em relação a indicação da articuladora do GEL, foi eleita um profissional da Enfermagem com atuação no campo de educação permanente em saúde, cuja atuação anterior em uma unidade de serviços intensivo do hospital poderia permitir aliar aspectos relativos ao fazer técnico à questões relativas ao ensino, como também manter o entrosamento do grupo.

Para o funcionamento da equipe, uma agenda de reuniões quinzenais foi elaborada, nas quais seriam discutidos os tópicos de importância para a maternidade e definidos os caminhos a serem trilhados. As reuniões eram abertas ao público, e sua agenda ficava disponível para todos aqueles que tivessem interesse na participação. Estes aspectos proporcionavam que os mais diversos atores pudessem contribuir com o GEL e também ampliar as discussões para fora do âmbito do grupo.

Com a constituição do GEL, iniciou-se a elaboração do DS e POA para a maternidade. Contudo, por se tratarem de documentos "vivos", sua elaboração e a atualização destes instrumentos (conforme pontuado em reunião pela coordenadora do projeto no HRTN) deveriam ser realizadas continuamente. Na construção do DS todos os integrantes traziam suas contribuições, experiências e expectativas quanto a cada uma das diretrizes, dimensões e itens avaliativos relacionados. A partir disso, notas eram atribuídas ao serviço considerando a situação global de cada dimensão, que, por sua vez, aplicava-se às diretrizes e suas dimensões, entre elas, as de interesse deste estudo.

Com base na discussão do DS, algumas ações foram elencadas a fim de aprimorar ainda mais esse cuidado, como as visitas guiadas à maternidade, maior atuação dos residentes (em especial os de Enfermagem Obstétrica), aprimoramento da equipe médica e de enfermagem no que tange à preceptoria e participação das enfermeiras obstetras no Curso de Aprimoramento ofertado pelo MS. Além disso,

ações relativas à ambiência, ao serviço de neonatologia, de psicologia, serviço social, nutrição e outros foram contemplados, como verificados nas atas de reuniões do GEL.

O GEL, desde a sua formação, conta com integrantes das equipes multiprofissionais. Em sua composição inicial, formulada em reunião extraordinária em 16 de maio de 2018, o grupo contava com a participação de 12 profissionais do serviço, além da mediadora, referência técnico-política, uma oferta aos serviços vinculados ao Projeto ApiceON, na função de apoio ao GEL. Vale notar a presença de atores femininos na composição do GEL, fato que, na visão da pesquisadora pela observação participante, trazia às discussões uma ênfase aos aspectos relativos às vivências femininas. Foram notadas marcas dessas subjetividades, bem como da cultura e da dominação de seus corpos. Objetivamente, as questões de gênero eram trazidas às discussões.

Identifica-se aqui como a iniciativa do Projeto ApiceON de formar um coletivo de trabalho foi *incorporada* pelo grupo, especialmente pela indicação de atores com o potencial de mobilização de funcionamento do GEL, considerando os lugares estratégicos que ocupam no trabalho nesse serviço.

No período de outubro de 2019 a janeiro de 2020, foram feitas oito reuniões do grupo, além de dois eventos: uma webconferência com a rede SUS-BH e representantes do MS, e um grande Seminário, no qual houve a participação de docentes, residentes, e acadêmicos para a discussão e reflexão da atenção à mulher e recém-nascido no HRTN. Esses eventos estão destacados pois demarcam movimentos e ações do GEL na direção da qualificação da atenção humanizada ao abortamento e às mulheres em situação de violência sexual. Tais movimentos e ações foram acompanhados pela pesquisadora.

Destaca-se aqui a “força” dos instrumentos DS e POA nos caminhos trilhados pelo GEL nas duas dimensões de interesse do estudo. Por meio desses documentos, a dimensão “Boas práticas na atenção ao abortamento”, que compõe a diretriz “Boas práticas de atenção”, foi classificada globalmente no DS inicial, realizado em dezembro de 2018, com nota 3, que na escala avaliativa corresponde ao nível “intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar”. A mesma nota foi atribuída ao conjunto de itens avaliativos que constituem essa dimensão, a saber:

- Utilização do protocolo de atendimento ao abortamento adotado conforme Norma Técnica (MS, 2011);
- Oferta de informações sobre os métodos contraceptivos;
- Oferta de inserção imediata de DIU com cobre pós abortamento imediato para mulheres que não desejam engravidar, assim como orientações para as mulheres que desejem nova gravidez;
- Garantia de privacidade da mulher durante todo o atendimento (em ambiente separado do puerpério);
- Condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo Norma Técnica do MS/2010, com disponibilização da técnica da AMIU (até 12ª IG), técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com as indicações;
- Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.

O diagnóstico situacional abrange também análises qualitativas dos serviços no que se refere às dimensões avaliadas, pontuando qual a situação da maternidade naquele momento e quais as inovações implantadas. Para a dimensão “boas práticas de atenção ao abortamento”, duas situações ficaram evidentes na realidade do HRTN em julho de 2018, e que necessitavam de intervenções: a ausência de orientações e oferta de métodos contraceptivos às mulheres em situação de abortamento, e as queixas de falta de privacidade e empatia dos profissionais com elas, trazidas pela psicóloga. Já como inovações, o grupo reconheceu a garantia de espaço reservado às mulheres em situação de abortamento.

A partir do roteiro DS, constitui-se um outro roteiro semiestruturado de planejamento das ações do Projeto ApiceON: o POA (Plano Operativo Anual), demarcado anualmente com as seguintes categorias: *componente – diretriz – dimensão (e situação atual) – meta geral associada à dimensão – produtos e indicadores*. Funciona como um grande mapa, contemplando ações previstas e pautadas pelo GEL (Anexo V).

Estas ações eram relacionadas diretamente aos indicadores apontados anteriormente, e deveriam apresentar prazo de conclusão e pessoas responsáveis para a realização. Assim, foram estabelecidas nove ações que envolveram profissionais da enfermagem, medicina e serviço social, assim como a pactuação

com a Secretaria Municipal de Saúde, e prazo máximo para a conclusão em outubro de 2019.

O primeiro indicador dependia da construção do protocolo de atendimento ao abortamento, de responsabilidade das coordenações de enfermagem e medicina. Porém, o protocolo não estava publicado e necessitava de atualizações que considerassem as mudanças que ocorreriam na instituição. Sabe-se, no entanto, que, no que tange às técnicas de esvaziamento uterino, as condutas clínicas no aborto espontâneo são semelhantes às aquelas prestadas às mulheres que solicitam a interrupção legal da gestação. Dessa forma, diante da semelhança de ambos os atendimentos, o protocolo de atendimento de abortamento legal será o mesmo que o de atendimento às vítimas de violência sexual.

Nesse contexto, a inserção do DIU pós-abortamento é um direito das mulheres que vivenciam tal situação, mas representa um gargalo na sua assistência. Essa ação foi elencada como estratégica, tendo em vista que até julho de 2018 (quando o DS foi realizado) o HRTN não ofertava este método contraceptivo para as mulheres. Conforme descrito no documento, o hospital precisaria realizar treinamentos da equipe e adequar fluxos e protocolos para o atendimento da demanda. A capacitação da equipe ocorreu em 01 de agosto de 2018, em reunião agendada previamente, e contou com a participação de enfermeiras obstetras, médicos obstetras, residentes e acadêmicos.

O monitoramento do indicador “inserção de DIU pós aborto” não era acompanhado pelo HRTN até setembro de 2018, quando foi incorporado após discussões no grupo sobre a importância deste parâmetro para a qualificação do cuidado na instituição. Para possibilitar a alimentação desse dado, foi necessária a revisão do documento “Maternidade - Curetagem uterina” e do sistema de prontuário eletrônico, com a criação de um campo no qual o profissional indicaria a inserção ou não do DIU. Esta ação envolveu a atuação de três setores: maternidade, tecnologia da informação, e o Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG), que trabalharam juntos na construção do fluxo de alimentação.

Em 2019, o percentual de mulheres que tiveram esse direito garantido variou entre 0% a 47%. Esta flutuação do indicador coincide com os meses de desabastecimento do dispositivo no serviço (Figura I). Assim, como forma de prever com antecipação a falta desse material e evitar o desabastecimento, um fluxo de

informação de estoque foi estabelecido com o Almoxarifado do HRTN, que avisa aos coordenadores da maternidade quando há quantidade insuficiente do material, possibilitando que a solicitação para a secretaria ocorra em tempo oportuno. No entanto, mesmo com esse fluxo, em dezembro de 2019, houve falta desse dispositivo em nível estadual, o que impossibilitou a oferta do método contraceptivo às mulheres.

Outro entrave na garantia desse direito é a dificuldade de acompanhamento das mulheres pós inserção. É recomendado que, após quatro semanas, um ultrassom (US) seja realizado para determinar o posicionamento do DIU na cavidade uterina, porém o HRTN não tinha condições operacionais de garantir o exame. Desse modo, a inserção sem garantia do acompanhamento era algo indesejado, já que, quando mal posicionado, a eficácia do método é reduzida. Assim, as coordenações médica e de enfermagem trabalharam junto com a secretaria municipal de saúde na tentativa de solucionar tal questão.

A primeira resposta foi a garantia de um quantitativo mensal de US a ser realizado no Centro de Especialidades Médicas (CEM) Venda Nova. Porém, como o número era aquém do necessário, outras estratégias foram necessárias. Após várias negociações, ficou estabelecido, em acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, que o acompanhamento destas mulheres seria realizado pela atenção básica, conforme determinado pelo protocolo de atenção à saúde da mulher.

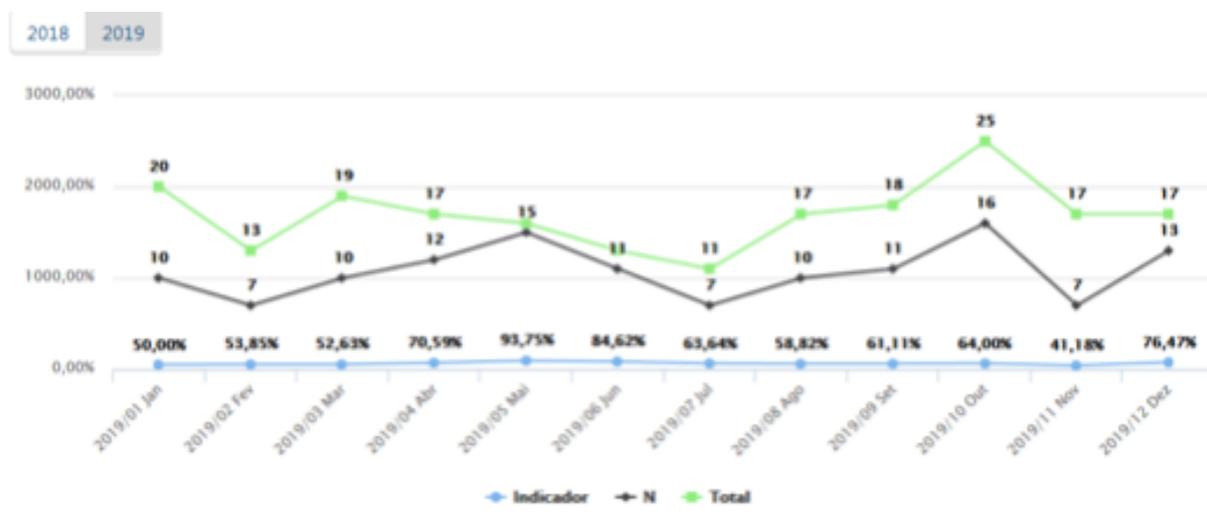


Figura I – Gráfico da série temporal da inserção de DIU pós aborto pelo HRTN no período de janeiro a dezembro de 2019 (Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2020)

Fonte: Plataforma digital do Projeto

Já em relação às técnicas de esvaziamento, a instituição utiliza todas as preconizadas pelo MS na norma técnica publicada em 2011. Em dezembro de 2018, o AMIU era a técnica mais realizada, contabilizando 56% das intervenções realizadas. Em 2019, o AMIU manteve-se como a técnica mais utilizada na instituição e, em maio, alcançou 92% das internações para esvaziamento (Figura II). Apesar do indicador estar, ainda, abaixo da meta de 80%, a sua evolução ao longo do tempo representa um importante avanço do grupo.

Em sua última atualização do DS, realizada em janeiro de 2020 o GEL manteve para a dimensão “Boas práticas de atenção ao abortamento”, a classificação 3 – “intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar”. Essas classificações, tanto no global, como para cada item avaliativo, permitiam a demarcação coletiva do estágio do serviço, ao mesmo tempo que induziam análises qualitativas, sem, no entanto, se traduzir em um somatório “simplista”. Ao contrário, as classificações refletiram um “olhar analítico” do GEL em torno da situação atual e do “possível” a ser alcançado diante da realidade e das condições do serviço (e de seus atores), sendo possível avançar na qualificação da atenção nesta dimensão e fazer emergir, assim, o desvelamento de pontos críticos na (re)organização do



cuidado.

Figura II – Gráfico da série temporal realização de AMIU pelo HRTN no período de janeiro a dezembro de 2019 (Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2020)
Fonte: Plataforma digital do Projeto ApiceON/HRTN (adaptado)

Já no que se refere à mulher vítima de violência sexual, grandes avanços podem ser elencados. No momento inicial do projeto ApiceON, o GEL avaliou o

HRTN como "intermediário, necessitando de pouco esforço para aprimorar", pontuando todos os parâmetros da mesma forma (Anexo V). Os itens avaliativos foram os seguintes:

- Garantia de privacidade da mulher para consulta clínica em local específico;
- Equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos;
- Normativas, protocolos ou fluxos implementados para atendimento às mulheres em situação de violência sexual, contemplando: trabalho em equipe, notificação compulsória em 24 horas, acompanhamento do seguimento ambulatorial, disponibilização de medicações, vacinas e exames;
- Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.

Na avaliação qualitativa do coletivo, o cuidado às mulheres em situação de violência sexual apresentava muitos desafios e nenhuma inovação, visto que a maternidade não realizava o atendimento integral conforme preconiza as normativas ministeriais. Na concepção dos integrantes, as adequações físicas, a construção de um protocolo de atendimento, a habilitação da maternidade para o atendimento e os treinamentos da equipe eram ações que precisariam ser tomadas pela equipe.

Para os profissionais e integrantes do GEL, esse cenário necessitava de intervenção. O fato de que as mulheres precisavam ser encaminhadas para um segundo serviço para completar o atendimento as submetia à revitimização, considerando que, ao chegar na outra instituição, toda a história da violência precisava ser repetida (e, logo, vivenciada) novamente. Além disso, muitas mulheres, por vergonha e falta de recursos ou orientação, poderiam não dar seguimento ao tratamento, aumentando assim o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) ou gravidezes indesejadas.

Nesse sentido, "tornar-se centro de referência para o atendimento" dessas mulheres tornou-se a principal meta para a dimensão "Boas práticas na atenção às mulheres vítimas de violência sexual". As primeiras ações consistiam em (re)conhecer as determinações do MS, regulamentações vigentes, e as realidades dos serviços (maternidades, e o IML) da capital que já eram referência no atendimento às vítimas de violência sexual (Anexo VI).

Dessa dimensão, não foi possível realizar a descrição das ações na ordem que em são apresentados os itens avaliativos, por compreender que a cronologia dos atos não segue esta sequência. Além disso, todas as ações descritas estão compreendidas na meta local “Tornar-se um serviço de referência para o atendimento deste perfil de paciente”.

O acolhimento e os primeiros atendimentos da mulher vítima de violência sexual já eram realizados pelo HRTN. Ou seja, aquela mulher que sofria algum abuso era atendida primeiramente no pronto atendimento, sendo classificada de acordo com o protocolo de Manchester, e referenciada para o atendimento na maternidade. Ao ser acolhida na maternidade pela equipe de ginecologia e obstetrícia, a mulher era escutada, avaliada, realizava os exames indicados, e recebia as medicações necessárias. Contudo, caso a coleta de materiais biológicos provenientes da agressão fosse necessária, a vítima precisava ser encaminhada para um segundo serviço, situação tal que expunha a mulher a revitimização.

Assim, os primeiros movimentos do grupo para o cumprimento da meta foi o aprender sobre como realizar a construção deste serviço a partir das normativas ministeriais, do arcabouço legislativo e da experiência de outras instituições. No caminho do aprimoramento, o conhecimento foi adquirido através da partilha de experiências entre os membros do GEL e, destes, com os outros serviços. Dentre os documentos do MS estudados que tratavam da temática, destaca-se, em especial, a "Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual e registro informações e coleta de vestígios". Após a leitura da publicação, um encontro foi agendado para que cada profissional trouxesse sua contribuição para a construção do protocolo, envolvendo, deste modo, toda a equipe multiprofissional comprometida nessa assistência.

Além do aporte teórico, em reunião prévia, em setembro de 2018, a mediadora sugeriu que os profissionais do GEL realizassem uma visita a um serviço de referência ao atendimento às mulheres vítimas de violência. A visita ocorreu no mesmo mês, em uma maternidade pública da regional noroeste de Belo Horizonte, responsável por 4% do total de partos realizados no município. Segundo o gestor que conduziu a visita, o serviço realiza atendimento às mulheres vítimas de violência sexual há 16 anos.

À princípio, o atendimento era direcionado apenas às mulheres acima de 16 anos. Porém, com o crescente número de casos entre crianças e homens, o serviço foi ampliado para atender também estas populações. Na visita, o gestor apontou quais caminhos assistenciais o HRTN poderia seguir, assim como os desafios encontrados nesse tipo de atendimento, como a cadeia de custódia e a ausência de continuidade do tratamento. Tais apontamentos geraram naqueles que participaram da visita o questionamento sobre a necessidade e factibilidade desta ação no contexto do HRTN, o que foi levado para discussão em reunião próxima.

A construção de um seminário que abordasse essa temática passou a ser uma ação estratégica do GEL para a construção do serviço. O evento intencionava não apenas a comunicação científica sobre esse tema, mas, principalmente, a sensibilização dos trabalhadores. O seminário começou a ser elaborado em setembro de 2018 pelos integrantes do GEL, e aconteceu em 05 de dezembro do mesmo ano.

O "I Seminário do HRTN sobre Mulheres em Situação de Violência Sexual: abrindo novos caminhos para a assistência multiprofissional" foi aberto ao público e contou com a participação de profissionais de todas as maternidades integrantes do projeto ApiceON, evidenciando seu caráter de rede, como proposto (Figura III).

Na programação, o panorama da violência contra a mulher foi apresentado, enxergando para além da violência sexual e apontando que, no Brasil, há uma feminização da pobreza, onde 70% da população de baixa renda é composta por mulheres. Ainda nessa conferência, uma palestrante expos dados estatísticos alarmantes sobre a violência contra a mulher no país através do Atlas da Violência.

No evento, além da sensibilização da equipe acerca da temática, alguns direcionamentos foram iniciados. Juntamente com a diretoria, que também se fez presente, ficou acordado que o protocolo de atendimento à vítima de violência abrangeria todas as populações (mulheres, homens, crianças e idosos), resguardando as peculiaridades de cada uma das situações e realizando os direcionamentos necessários. Dessa forma, setores como o Pronto Atendimento (PA), e Bloco Cirúrgico (BC) deveriam ser contemplados no protocolo de atendimento.

Figura III – Folder de apresentação do "I Seminário do HRTN sobre mulheres em situação de violência sexual: abrindo novos caminhos para a assistência multiprofissional"

Fonte: Grupo Estratégico Local (GEL) do HRTN

PROGRAMAÇÃO		
HORÁRIO	EVENTO	PARTICIPANTES
18h	Credenciamento com Coffee Break	
18h30	Solenidade de Abertura e Composição da Mesa	Diretoria do HRTN, Coordenação do Projeto Apice On, Coordenação Perinatal da SMSA, Coordenação de Enfermagem da Linha de Cuidado Materno-Infantil e Mediadora Apice On do GEL HRTN
18h50	Conferência Magna: Panorama Atual dos Casos de Violência Sexual no Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte	Professora Elza Machado de Melo - Coordenação do Projeto Para Elas
19h30	Mesa Redonda: Assistência Multiprofissional e Mulheres em Situação de Violência Sexual	Cristiani de Faria (Médica Legista - IML) ✓ Michelle Silva (Coord. Psicologia - HRTN) ✓ Liliane da Silva (Assistente Social - HRTN) ✓ Sara Pinho (Médica Profª Coord. Amb. de Vítimas de Violência e Mindfulness do HC/UFMG) ✓ Jacqueline Braga (Profª Adjunta de Ginecologia e Obstetria da UFMG)
21h	Encerramento	Patrícia Magalhães - Coordenação Médica da Linha de Cuidado Materno-Infantil

A coleta de vestígios, e a cadeia de custódia também foram assuntos abordados no seminário. O recolhimento de provas é um procedimento que gera dúvidas nos profissionais, dado seu caráter criminalístico. Por isso, pontuar o tópico foi importante no evento. A palestrante, médica legista, explicou os aspectos legais da coleta, a importância da realização da técnica correta para preservação das amostras e como os serviços de saúde devem proceder nestas situações.

Em janeiro de 2019, ficou acordado em reunião do GEL que um novo encontro aconteceria com os representantes presentes no seminário e os gestores da maternidade, a fim de iniciar os trabalhos para a construção do protocolo. As vivências e contribuições daqueles que realizam o atendimento subsidiariam a construção desse documento.

Após as articulações realizadas com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH), o Instituto Médico Legal (IML) e as maternidades da rede SUS-BH, ocorreu o primeiro treinamento da equipe para a realização da coleta de vestígios. A capacitação era uma das ações elencadas pelo GEL para o terceiro ciclo do

ApiceON, e visava a preparação de toda a equipe da maternidade acerca do assunto.

Este treinamento foi ofertado em julho de 2019, e contou com a participação de profissionais de referência no assunto (Figura IV). Estiverem presentes na capacitação as equipes médica e de enfermagem da maternidade, em especial, médicos e enfermeiras obstetras. No treinamento, o material ofertado pelo IML para a coleta de vestígios foi apresentado à equipe, assim como os documentos que devem ser preenchidos. Apesar da coleta ser privativa ao médico, a capacitação da equipe de enfermagem é fundamental para que o cuidado às mulheres seja qualificado.

Outra ação com caráter de rede pensada para o fortalecimento da implantação do serviço de atendimento à vítima de violência sexual pelo HRTN foi a webconferência realizada com as demais maternidades SUS-BH. Esta reunião ocorreu em 30 de agosto de 2019 e contou com a participação de sete integrantes do GEL, além de representantes das quatro maternidades pertencentes do ApiceON, SMSA, MS, e coordenação regional do projeto.

Figura IV - Folder da Oficina de capacitação ao atendimento à vítima de violência sexual em nossa instituição

Fonte: Grupo Estratégico Local (HRTN), 2019

A conferência foi conduzida pelos representantes do HRTN que apresentaram o cenário atual do serviço de atendimento às vítimas de violência sexual, as ações pactuadas no POA pelo grupo e quais ações haviam sido realizadas até o momento para a construção do serviço, dentre elas a elaboração de um protocolo multiprofissional.

A construção de alianças entre o HRTN e os demais serviços parceiros nesse atendimento (Polícia Civil e, Hospital das Clínicas) foi alvo de curiosidade entre os



Oficina de capacitação ao Atendimento a Vítima de Violência em nossa instituição "

Data: 09 de julho de 2019, terça feira, as 19:00h
Local: Sala de Reuniões da Diretoria / HRTN

Tema: Organização do serviço de atendimento a Vitimas de violência sexual

Programação :

> 19:30-19:40h
Abertura e Contextualização

Dra Mônica Costa (Diretora Técnica Assistencial do HRTN)

Dra Patricia Pereira Rodrigues Magalhães (Coordenadora Médica da Maternidade do HRTN)
Rosângela de Jesus Lima(Coordenadora da Enfermagem do Cuidado Materno Infantil do HRTN)
Vera de Oliveira Figueiredo (Mediadora do GEL Apice on na maternidade do HRTN)

> 19:40- 20:00h
Sensibilização da Equipe ao atendimento da Vítima de Violência Sexual

Dra Elisa da Cunha Teixeira(Sexóloga e Coordenadora da equipe de coleta de vestígios do IML)

> 20:00-21:30h
Capacitação da equipe para coleta de vestígios.

Dra. Cristiani Regina (Pediatra e Medica do IML)

> PRESENÇA OBRIGATÓRIA e não requer inscrição prévia

> ORGANIZEM-SE, pois é imprescindível que todos os profissionais da Maternidade envolvidos na assistência direta ao paciente vítima de violência sexual estejam capacitados para coleta de vestígios.

Organização: Coordenação da Maternidade HRTN/GEL Apice on
Apoio: Diretoria do HRTN/ Núcleo de Educação Continuada




participantes, que também tinham por objetivo realizar a abertura desse serviço, num momento futuro. Um dos momentos da conferência foi, também, o de compartilhamento de experiências. O representante da maternidade do Hospital Odilon Behrens pontuou, por exemplo, como essas articulações são realizadas pela instituição atualmente. A representante da Secretaria de Estado da Saúde destacou, também, que há um movimento que visa oficializar essa aliança entre serviços de saúde e segurança pública, a fim de melhorar o atendimento.

A partir disso, no segundo semestre de 2019, a solicitação de habilitação do HRTN como um serviço autorizado à coleta de vestígios nas situações de violência sexual foi realizada pela diretoria juntamente com o faturamento ao MS. Esta petição está em análise na Secretaria de Estado de Saúde. O recebimento de incentivo

financeiro por parte do Governo Federal agiliza o atendimento em casos em que profilaxias contra IST's, gravidezes ou aborto legais forem indicados, e garante os recursos aos serviços para essa população.

Durante todo esse período, a construção do protocolo de atendimento e os movimentos para a qualificação do HRTN como serviço de referência às vítimas de violência sexual ocorriam em conjunto com as demais ações. O protocolo era uma ação de responsabilidade da coordenação médica, juntamente com a colaboração da equipe multiprofissional.

O documento abarcou as orientações fornecidas pelo MS, assim como aquelas adquiridas na visita ao IML. Por ser um protocolo multiprofissional, ele abrange as competências que cada profissional deve empregar durante o atendimento. Além disso, ele é um documento transetorial a ser adotado não apenas pela maternidade, mas também pelo bloco cirúrgico e pronto atendimento, já que a assistência não se limita apenas às mulheres, mas a qualquer indivíduo que dê entrada ao serviço pós violência sexual.

Após a avaliação pelos profissionais envolvidos e aprovação pela diretoria, o protocolo foi apresentado à equipe em uma reunião realizada em novembro de 2019, com participação de equipe de medicina e enfermagem. Neste encontro, as questões assistenciais e gerenciais deste cuidado foram discutidas, além de sugestões de mudanças na ficha de atendimento.

Em reunião do GEL, em fevereiro de 2020, a situação da abertura do serviço foi prioridade na pauta de discussão. Foi solicitado à equipe comprometer-se com a publicação do protocolo, e ficou acordado que, após a aprovação do documento, uma aula seria ministrada pela referência técnica da maternidade para introduzir a nova turma de residentes ao assunto, além de atualizar a equipe sobre as mudanças. Além disso, a situação junto à Secretaria também foi apontada como prioritária, no entanto, devido às mudanças na coordenação de saúde das mulheres, a pauta, apesar de importante, ainda aguardava aval do secretário. Dessa forma, a abertura do serviço segue adiada enquanto aguarda a solução das questões levantadas, o que prejudica o atendimento integral às vítimas de violência sexual na região norte de Belo Horizonte.

Observando a fragilidade da interação ensino-serviço vigente no cenário nacional, o componente “formação” também foi avaliado neste trabalho e descrito na

dimensão analítica como forma de compreender como o coletivo tem tratado das questões relativas ao ensino do (futuro) trabalhador em saúde. O componente “formação”, na dimensão "Integração ensino e serviço e educação permanente" foi pontuado como intermediário na análise inicial do grupo, e manteve o mesmo escore na última atualização do DS (Anexo VII). Os itens avaliativos que, após análise da pesquisadora, se correlacionam com as temáticas do aborto legal e da violência sexual como estratégias para aprimorar o ensino e cuidado nestas situações são:

- Realização de reuniões multiprofissionais de estudos de caso clínico e gestão do cuidado;
- Oferta de ações de qualificação com foco em temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual baseados em evidências científicas e garantia de direitos;
- Oferta de ações de ensino compartilhadas entre os Programas de Residência existente na instituição e/ou na rede de atenção à saúde.

A realização de reuniões para a discussão de casos clínicos ou outros temas de interesse da obstetrícia já ocorria previamente ao ApiceON e funciona como importante momento de qualificação da equipe e de ensino compartilhado, compreendendo assim a primeira estratégia para a dimensão “integração ensino e serviço e educação permanente” apresentada acima.

Tais encontros ocorrem mensalmente, sempre na primeira quarta-feira do mês, no período noturno, e é aberta a todos os profissionais dessas especialidades. Além do corpo clínico do profissional, participam também os residentes de ginecologia e obstetrícia, de enfermagem obstétrica e acadêmicos. Isso possibilita que todos se aproximem de temáticas relativas à gestão que, muitas vezes, não são tratadas em outros momentos.

Nessas reuniões, acontecem também treinamentos da equipe, sempre que há atualização de um protocolo clínico ou a implantação de algum novo fluxo. Estes treinamentos podem ser ofertados por qualquer profissional que tenha interesse e conhecimento para tal. Dos quatro treinamentos ofertados desde o início do Projeto, um foi conduzido inteiramente por uma enfermeira obstétrica (EO). No que diz respeito às dimensões “Boas práticas de atenção ao abortamento” e “Boas práticas

de atenção à mulher em situação de violência sexual”, um treinamento (já abordado anteriormente) e uma discussão sobre gestão de cuidados foram realizados.

Assim, o POA contemplava para este item avaliativo a ampliação dessas reuniões para inclusão da equipe da neonatologia. A coordenação de enfermagem sugeriu a realização de escala por setor, para garantir que sempre haja a participação de algum integrante da equipe de neonatologia durante as reuniões. Porém, em apenas uma das reuniões, quando os indicadores assistenciais de 2019 foram apresentados, houve a presença desses profissionais.

Além destas, outras ações que promoviam a reflexão sobre o cenário de cuidados pelos trabalhadores e estudantes foram realizadas, com o intuito de reduzir a inegável distância entre academia e serviços. Compreende-se que ao (re)conhecer a realidade na qual se insere, o profissional atende de forma mais eficaz as demandas daquela população.

Assim, em dezembro 2019, o cuidado no HRTN foi o objeto de estudo, e os residentes de ginecologia de obstetrícia (RGOB) e de enfermagem obstétrica (REO) apresentaram pesquisas nas quais o cuidado prestado na maternidade era o foco. Esta estratégia atentou para os itens avaliativos referentes aos momentos de aprendizados compartilhados, nos quais as boas práticas foram discutidas na dimensão “integração ensino e serviço e educação permanente”, presente no DS e POA.

Alguns dos temas de pesquisa escolhidos foram: a assistência ao trabalho de parto pré-termo, à gestante com síndromes hipertensivas, a inserção da enfermeira obstetra na equipe de assistência à gestante de alto risco, e a promoção do aleitamento materno. Para subsidiar a discussão, a análise dos indicadores institucionais demonstrou em quais aspectos do HRTN avançou e em quais há necessidade de aprimoramento. Dessa forma, o seminário expandiu a avaliação coletiva do serviço para além do GEL.

O seminário foi amplamente elogiado em reunião, sendo considerado uma importante ferramenta para a manutenção da práxis de avaliação no serviço. Maria Quitéria, representante da equipe médica no coletivo de trabalho, reconhece a potencialidade do seminário para servir como ferramenta de reflexão e aprendizado para os residentes. Já Bertha Lutz, integrante do GEL, pontua a importância da participação dos acadêmicos na construção do seminário (“sem eles não teria

acontecido") e da vivência destes estudantes nesse modo de pensar o serviço. Na reunião, foram elencadas estratégias que possibilitassem a publicação dos trabalhos realizados, a fim de dar visibilidade aos resultados e iniciar a construção de uma linha de pesquisa no setor (NC 7).

Assim sendo, a manutenção do seminário como evento anual tornou-se uma ação estratégica do GEL, não apenas como forma de fortalecer o eixo formação, mas também como uma maneira de promover a sustentabilidade da integração ensino, atenção e serviço. Além disso, os trabalhos apresentados serão encaminhados para posterior publicação, evidenciando as ações realizadas e instituindo no serviço a *práxis* da pesquisa como propulsor de mudanças necessárias.

Observa-se, assim, que, em algumas frentes, o GEL tem alcançado seu objetivo de integralizar a formação, a avaliação e a intervenção em suas ações, o que antes não ocorria. As questões do ensino ficavam a cargo apenas das coordenações de residência e da educação continuada, sem haver integração entre elas.

Nas falas e nas atividades descritas, este movimento de transversalidade pode ser percebido. Um exemplo disso é uma dada profissional dizer que, ao participar das reuniões, compreendeu a importância de um assunto e assim pôde auxiliar no movimento de mudança. Ou quando o residente percebe em um indicador que a sua assistência caminha ou não num dado rumo, promovendo, seu engajamento, a avaliação coletiva e, conseqüentemente, o aprimoramento do trabalhador/serviço.

Em conclusão, foi possível perceber que o componente formação, apesar de ainda incipiente em trazer os discentes para a cena da cogestão, caminha no rumo de compreender que a indissociabilidade entre os demais componentes promove importantes ganhos para o serviço, a comunidade e os profissionais.

5.2. Dimensão II – O serviço, sujeitos/coletivos e sua dinâmica às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.

Os dados coletados nas entrevistas e observações participantes compõem os resultados da *dimensão 2* proposta pelo desenho do acompanhamento avaliativo.

Esta dimensão explora os movimentos sujeitos/grupos na sua relação com o trabalho, modos de se inserir e o desenvolvimento da capacidade de análise e intervenção, assim como suas mudanças nas condições de autonomia e protagonismo (SANTOS FILHO, 2020a).

Dois eixos de avaliação, foram identificados na análise dos dados “articulação/ produção de estratégias de renovação de sua atuação, do funcionamento como equipe, na articulação entre pares e com a hierarquia de gestão” e “oportunidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, dos processos, práticas e relações de trabalho” (SANTOS FILHO, 2020a).

O primeiro eixo ficou evidenciado nas falas das participantes que enfatizam a disponibilidade do corpo diretor do hospital, assim como das coordenações médicas e de enfermagem da maternidade para a discussão dos aspectos de interesse. Uma das entrevistas reforça ainda que esta é uma característica da gestão atual e que essa proximidade facilita o trabalho de todos.

A diretoria desse serviço contribuiu desde o princípio com as ações propostas pelo coletivo, contribuindo com ideias e assumindo posturas participativas e de vanguarda junto aos demais setores. Reconhece-se que a inserção dos setores BC e PA no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual se deve a uma demanda levantada e compartilhada com a diretoria. Esta disponibilidade aparece na fala de Nísia Floresta, que reconhece que esta parceria facilita e fortalece as ações.

"Aqui tem muitos casos que a gente leva pra direção, e eles são muito abertos pra discussão, pra tomar decisões, entendeu? E tem esse apoio da direção. Eu acho isso muito bacana, porque participa dos casos, vamos resolver todo mundo junto." (Nísia Floresta)

A disponibilidade da diretora do hospital para a discussão é destacada em vários momentos pelos integrantes do GEL, não apenas nas entrevistas, mas também nas conversas durante as reuniões. Foi através de demandas pontuadas pela diretoria no seminário, em dezembro 2018, que o protocolo precisou ser repensado para as diversas populações. Por vezes, a mediadora sinalizou que a participação da diretoria na concepção do protocolo de atendimento às vítimas de

violência sexual foi *primordial* para a aceitação do documento pelos setores afins, como bloco cirúrgico e pronto atendimento.

O GEL, conforme apontam os profissionais, oportunizou momentos de troca de saberes, experiências e vivências entre os seus integrantes. Para as entrevistadas, o GEL funcionou como instância de discussão, reflexão, e aprendizagem, e que, portanto, potencializou o crescimento da instituição e das próprias profissionais, possibilitando maior autonomia e empoderamento.

Ao propiciar a discussão interna e externa sobre a temática do aborto e violência, o coletivo promoveu um maior aprendizado sobre os assuntos, não apenas dentre os estudantes, mas também entre seus próprios integrantes, que encaravam os momentos de encontro como formas de aprendizagem. Nessas oportunidades, ao realizar a avaliação das atividades e cenários de assistência, o GEL transversalizava os componentes do ApiceON e proporcionava maior compreensão, sensibilização e capacidade de solucionar problemas àqueles que não estão no cuidado direto às mulheres. Esses pontos ficaram claro nas falas das entrevistadas:

"Eu tive acesso a situações que me trouxeram este conhecimento, então movimento eu acho que é uma situação muito marcante, nós fizemos um seminário muito interessante, onde a gente debateu sobre este assunto de uma forma muito rica, com pessoas que trouxeram muito conhecimento pra gente." (Anita Garibaldi)

"Aí pra mim realmente foi um aprendizado. Foi conhecer mesmo tudo isso e de que aqueles indicadores iam mostrar a melhora na assistência ao parto, algumas informações que eu não sabia..." (Dandara dos Palmares)

"O GEL eu acho, que ele criou mesmo uma instância colegiada né, pra tratar destas questões que estão muito voltadas para a maternidade, mas que dizem respeito ao Risoleta de um modo geral. De como que é, de como ele se porta como um objeto dentro da sociedade, e o que ele pode oferecer. (...) Pra mim enquanto pessoa, profissional, enquanto mulher, tendo mais conhecimento, mais capacidade pra ver isso não como problema, mas ver que a minha porta precisa

ser aberta pra isso, porque eu tenho capacidade pra atender isso." (Anita Garibaldi)

"Olha assim, eu acho que, ele... ele o Risoleta, por ser um hospital de ensino, o GEL proporcionou uma estruturação desta questão, sabe? Os dois seminários, estes eventos, eu acho que de certa forma foram puxados pelo GEL. Os eventos científicos, sabe, foram puxados pelo GEL. (...) Eu acho, pelo menos, assim, eu não sei se o ensino em si, mas em termos de evidências, trabalhos, pesquisas, o potencial que se abriu é enorme." (Celina Viana)

"Acho que o GEL tem uma grande participação nessa questão dessa discussão, pelo menos no período em que eu entrei aqui na maternidade foi a partir do GEL que eu comecei a ouvir, a ver essa movimentação para ser implementada essa questão do atendimento de mulheres vítimas de violência sexual aqui no hospital." (Nísia Floresta)

"Aí pra mim realmente foi um aprendizado. Foi conhecer mesmo tudo isso e de que aqueles indicadores iam mostrar a melhora na assistência ao parto, algumas informações que eu não sabia, de que podia colocar DIU aqui e eu tinha essa preocupação, as mulheres sabem que poderia pôr o DIU aqui e isso já é conversado no pré-natal. (Dandara dos Palmares)

As falas demonstram como a inclusão dos trabalhadores no coletivo pode induzir a sentimentos de pertencimento, corresponsabilização, entre outros. Ao pontuarem que os indicadores e o conhecimento obtidos durante as discussões auxiliaram na compreensão do cuidado prestado, Anita Garibaldi e Dandara dos Palmares corroboram o que os estudiosos sobre a humanização apontam acerca das instâncias colegiadas.

Celina Viana e Anita Garibaldi levantam ainda a discussão sobre o caráter formador da própria instituição. Ambas discorrem sobre como a instituição do grupo estratégico favorece a discussão do ensino dentro do serviço, envolvendo neste cenário os profissionais, e os educadores. Contudo, observa-se que, mesmo com essas falas, a presença do aluno nas discussões não está evidenciada.

Conforme apontado na *Dimensão I*, a primeira ação para a meta “torna-se um serviço de referência ao atendimento a pessoa vítima violência sexual” foi o estudo dos integrantes do GEL de protocolos, normativas, e relatos de experiências exitosas no município. Exemplo destas discussões foram as reuniões realizadas no primeiro trimestre de 2019 para o estudo e construção do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, nas quais os conhecimentos e habilidades de cada profissional foram levados em consideração. Estas ações demonstram a transversalidade entre as dimensões analíticas. Observa-se aqui que a ação analisada na *Dimensão I* gera, nos indivíduos e coletivos, movimentos de grupalidade, pertencimento e empoderamento, apontados na *Dimensão II*.

A própria composição do GEL-HRTN se configura como um movimento para mudanças, e se correlaciona com o componente “gestão”. Na dimensão “Gestão participativa e compartilhada”, a implantação desse coletivo, de forma a inserir diversas categorias profissionais, atenta para o primeiro item avaliativo dessa categoria (Anexo VIII). Tal aspecto era encarado como diferencial nas análises e como avanço pelos próprios integrantes, por enxergar ali um passo dado pela instituição em direção ao trabalho interdisciplinar, conforme apresentado na fala a seguir:

E o que eu achei, assim, ainda mais interessante é por que, é coordenadora, assistente social, né? Assistência, coordenação todo numa reunião só, todo mundo dialogando, tendo as mesmas possibilidades de trocar ideias, de sugerir algo. Assim, aí vê que, pelo menos, ali no GEL é uma coparticipação independente da hierarquia, eu achei isso muito bacana.” (Dandara dos Palmares)

Observa-se na fala de Dandara uma relação de horizontalidade entre cargos de direção, de coordenação e assistenciais. No coletivo de trabalho, a proximidade entre os indivíduos e igualdade nas discussões é priorizada. Para a entrevistada, a confirmação da importância de todas as categorias profissionais participantes nas questões abordadas demonstra uma tentativa de aproximar os trabalhares das cenas de gestão, além de gerar um sentimento de reconhecimento profissional.

A elaboração de estratégias de renovação, atuação e do funcionamento como equipe aparece também nos momentos em que o coletivo precisou repensar sua formulação e as formas de funcionamento, como maneira de garantir sua continuidade pós ApiceON. Este aspecto foi levantado em algumas reuniões, e encontram-se presentes nas NC 6 e 8, quando a mediadora sugere que o grupo encontre estratégias de manutenção do coletivo:

Após a abertura da reunião com a leitura das pendências elencadas, e reflexão sobre o seminário dos residentes, Chiquinha Gonzaga coloca em pauta a manutenção do GEL após o último ciclo do ApiceON. Refere preocupação com o constante esvaziamento das reuniões, atrasos, e pouca produtividade nas discussões. Expõe a ausência de representantes da neonatologia nas reuniões, pontuando que esta falta reflete nas ações que dependem destes profissionais passam por dificuldades na conclusão e que isso prejudica os resultados do serviço, exemplo disso é o lançamento de importantes indicadores como do Teste do Coraçãozinho e APGAR de 5º minuto na plataforma. A participante sugere às coordenações que pensem em substituições, caso os atuais representantes da neonatologia não possam participar ativamente das discussões. (NC 7)

Chiquinha Gonzaga volta a pontuar sobre a necessidade de maior comprometimento dos participantes com o Projeto, preocupada com a continuidade das ações iniciadas com o ApiceON. Carmem Miranda e Maria Quitéria demonstram que o serviço tem o compromisso, e interesse em concluir cada uma das ações definidas mesmo com o término dos ciclos, mas reconhecem a dificuldades em manter uma agenda de encontros tão frequente e apertada, tendo em vista as inúmeras atividades para além do GEL que cada integrante tem. (NC 8)

A presença na neonatologia sempre foi um gargalo para o grupo, com pouca ou quase nenhuma representatividade. As ações que dependiam da expertise desses profissionais encontravam obstáculos para a sua conclusão. Exemplo disso é a

"Cartilha da Gestante". O documento encontra-se finalizado, do ponto de vista da obstetrícia, mas aguarda apreciação da neonatologia para publicação.

Neste momento, a recomposição do grupo foi uma ação pensada no intuito de manter os trabalhos realizados até então. Foi sugerido que aqueles que não pudessem continuar participando apontassem possíveis substitutos, para que houvesse sempre a renovação de pessoal, evitando, dessa forma, o esvaziamento. Após reunião, a composição do coletivo foi repensada, mas foram mantidos os profissionais iniciais, tendo em vista a continuidade das ações já iniciadas por eles.

Além disso, a agenda de reunião foi modificada com o intuito de atender às demandas de horário dos participantes. A partir de janeiro, as reuniões passariam a ser realizadas nas quartas e sextas no período da manhã. Foi sugerido também que as pautas fossem pensadas com antecedência para otimizar o tempo dos integrantes.

Houve dificuldades para a confirmação da primeira reunião de 2020, pois as duas coordenações estavam de férias e não poderiam participar. Porém, apesar dos desencontros, a reunião contou com a participação de nove integrantes. Alguns estavam retornando após um período afastados por questões pessoais ou profissionais. Participou também a supervisora regional. No encontro, o calendário de reuniões foi repassado a revisão do DS e do POA iniciada para que abrissemos o ciclo cientes do que foi conquistado até então.

A participação de um quantitativo maior pareceu tornar a reunião mais produtiva e gerou um sentimento de que as ações ali discutidas se manteriam após o término do projeto. A supervisora apontou questões a serem refletidas pelo grupo, e instigou que treinássemos o olhar sobre os instrumentos, lembrando que ambos são ferramentas vivas e complementares que dependem do olhar crítico, apurado, e cauteloso daqueles que os analisam.

Como forma de fortalecer a *práxis* da análise coletiva, a mediadora sugeriu que fossem pensadas estratégias para refletir sobre a cogestão, como o convite de profissionais que estudem esta metodologia, ou a realização de seminários dentro do grupo que discutissem a temática. Assim, ficou sugerido que ao longo do tempo fossem realizadas discussões sobre estes temas pelo próprio grupo, a começar pelas bases teóricas, abordando os avanços e desafios encontrados pelo coletivo na vivência da cogestão.

A reflexão sobre a cogestão, acompanhamento avaliativo, e outras temáticas foi levantada na reunião como estratégia de fortalecimento e manutenção do grupo. Carmem Miranda explica que reconhece a expertise do convidado citado nas temáticas, mas sugere que a discussão ocorra num âmbito mais "simples" tendo em vista que muitos integrantes não tiveram aproximação com o tema ainda e que num segundo momento a participação deste convidado poderia ser mais proveitosa. Chiquinha Gonzaga sugere que a pesquisadora que se encontra no grupo apresente os resultados de seu trabalho, tendo em vista que o objeto de estudo da mesma é o próprio coletivo. Segundo ela, esta seria uma forma de refletir sobre esta instância, suas potencialidades, fragilidades, avanços e desafios. (NC 8)

Assim, o ano de 2020, que contemplará o quarto e último ciclo do ApiceON, se inicia com o desafio principal de manter firme na equipe do GEL o espírito de cogestão, o hábito da avaliação continuada dos processos e a compreensão que o trabalho está para além daquilo que é protocolar, mas compreende os variados aspectos do ambiente de trabalho.

5.3. Dimensão III – O serviço e a dinâmica de prestação do cuidado às mulheres em situação de aborto legal e/ou violência sexual.

A *dimensão 3* deslumbra expressar quais tipos de práticas são aprendidos e/ou realizados na dinâmica dos serviços na relação com os usuários, visando compreender as repercussões das práticas implantadas para a população atendida (SANTOS FILHO, 2020a). Os resultados dessa categoria foram obtidos por meio da interpretação do DS e POA, no que se refere ao componente “gestão”, entrevistas e observações participantes.

Durante as entrevistas e observações, a preocupação dos profissionais com a forma que o serviço seria ofertado à população foi presente nas falas, assim como nos deslocamentos que o grupo realizaria para a solução de entraves que surgiriam no decorrer do processo. Exemplos disso são a dificuldade na manutenção da oferta

do DIU pós abortamento, e o acompanhamento ambulatorial das vítimas de violência sexual.

A oferta de métodos contraceptivos no pós abortamento é uma orientação da OMS para evitar gravidezes indesejadas. Contudo, a disponibilização do DIU de Cobre pelo MS através da Secretaria de Estado da Saúde tem sido outro entrave à garantia desse direito. Isso acontece principalmente porque, após a mudança da referência técnica de saúde das mulheres no MS, o dispositivo está em falta nas maternidades, o que expõe as mulheres a gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, à abortos não seguros.

Chiquinha Gonzaga questionou como tem sido a oferta de DIU na maternidade, e se as enfermeiras obstetras têm realizado a inserção no pós parto. Carmem Miranda aponta que as EO's foram treinadas pela própria equipe médica, nos plantões, e que aquelas que já receberam esta capacitação estão autorizadas a inserir. Contudo, a maternidade passa por um desabastecimento do dispositivo e que isso dificulta a oferta. Chiquinha diz que o indicador de inserção do HRTN ainda se encontra baixo, e que estratégias para a melhora desta (incluindo a alimentação do dado) devem ser pensadas. Maria Esther informa que até a segunda quinzena de janeiro as maternidades de Belo Horizonte devem receber nova remessa do DIU, e que o atual desabastecimento se deve ao remanejamento do estoque disponível para as instituições do interior. (NC 5)

A oferta do DIU pós abortamento apresentou melhora no decorrer do período, como apontado nas reuniões e no seminário dos residentes. Entretanto, a logística de abastecimento do dispositivo às maternidades continua a funcionar como dificultador do acesso das mulheres a este direito. O HRTN criou um arranjo institucional, juntamente com os setores almoxarifado e farmácia, que possibilita o acompanhamento constante do estoque desse material pela coordenação, facilitando a sua solicitação junto à Secretaria e reduzindo o risco de desabastecimento.

Outra preocupação dos participantes é em relação ao acompanhamento das mulheres vítimas de violência sexual, visto que o serviço ainda não dispõe de capacidade física e de pessoal para o seguimento ambulatorial dessas pacientes.

"(...) a minha preocupação da questão de atender a essas mulheres aqui é a gente atender e encaminhar e depois a gente não vai ter esse contato.(...) Aqui, assim, a gente vai pegar o problema, a sensação que eu tenho é de pegar o problema e depois que vai fazer. Ou passou o problema pra frente." (Nísia Floresta)

"Estamos caminhando, eu só espero que não fique estagnado só com essa implantação. Ah não, o ambulatório é lá, mas que seja sempre nesse movimento de como melhorar. Como melhorar para os pacientes, para os usuários." (Dandara dos Palmares)

Essa preocupação foi algo que permeou toda a estruturação do serviço: "como dar seguimento ao atendimento?" O HRTN, sendo um hospital de ensino parceiro à UFMG, buscou a realização de parcerias com o departamento de ginecologia e obstetrícia da faculdade de Medicina, a fim de garantir a continuidade do atendimento para as mulheres.

As mulheres atendidas no HRTN, vítimas de violência sexual, serão acolhidas por uma equipe multiprofissional, que realizará os primeiros cuidados necessários (escuta, exame físico, coleta de vestígios, sorologias e profilaxias, quando indicadas). Aquelas que necessitarem de acompanhamento ambulatorial serão, em seguida, encaminhadas ao ambulatório "Para Elas" do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Neste serviço, é realizado o atendimento de seguimento, também multiprofissional, que objetiva dar suporte psicossocial, verificar a possível falha na profilaxia para DSTs ou mesmo de gravidez, acompanhar os ciclos menstruais e monitorar o uso de antirretrovirais.

Após a revisão do protocolo juntamente com o coletivo, a ficha de atendimento parcial foi apresentada. Foi questionado por Dandara, como seria o acompanhamento ambulatorial das mulheres pós atendimento. Maria Quitéria

explica que um acordo foi realizado com a faculdade de medicina, que tem um ambulatório para o atendimento de mulheres vítimas de violência, para que as pacientes atendidas no HRTN fossem referenciadas para lá. Destacou ainda, a importância desta ação também para a formação dos residentes GOB pois eles têm carga horária de atendimento neste serviço e um maior fluxo possibilitará maior aprendizado. (NC 4)

Nesta nota de campo, observamos um movimento de reconhecimento de uma fragilidade com posterior tentativa de solução, sempre dentro do que é possível de ser feito por aquele serviço. Ou seja, esse movimento reflete a relação entre o real e o possível nos cenários colegiados de gestão.

A solução encontrada foi uma articulação entre a coordenação médica da maternidade do HRTN e o departamento de ginecologia e obstetrícia da faculdade de Medicina da UFMG. Dessa forma, os atendimentos no ambulatório serão realizados pelos residentes de ginecologia e obstetrícia, os mesmos que acolhem estas mulheres no HRTN, o que garante à estas mulheres uniformidade no atendimento e evita a revitimização. Além disso, a continuidade no atendimento possibilita aos estudantes uma visão mais integral do cuidado prestado.

Os movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas pelo coletivo de trabalho apresentam um objetivo comum: a qualificação do cuidado em obstetrícia e neonatologia. Dessa forma, reconhece-se que o beneficiário final destes deslocamentos seja o usuário e/ou a comunidade. Porém, apesar dos esforços empreendidos, a participação popular é ainda incipiente nesse serviço, o que também dificultou a análise e compreensão dessa dimensão.

Ao analisar a relação serviço e usuário, a participação popular em instâncias de gestão é foco da reflexão. A “gestão”, como um dos componentes estruturantes do ApiceON, refere-se não apenas às formas de gerir os serviços ou cuidados, mas principalmente às formas de inclusão dos usuários na perspectiva de inclusão participativa e protagonista (BRASIL, 2017)

Ao avaliar os instrumentos, observa-se que este componente aborda duas diretrizes: “gestão participativa e compartilhada” e “espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes”. A primeira trata da criação de instâncias colegiadas de gestão que garanta a representação de múltiplas categorias

profissionais e usuários, promovendo a corresponsabilização nos indivíduos. Já a segunda visa assegurar a criação de espaços de escuta, onde as demandas dos usuários possam ser acolhidas e, posteriormente, analisadas pela equipe.

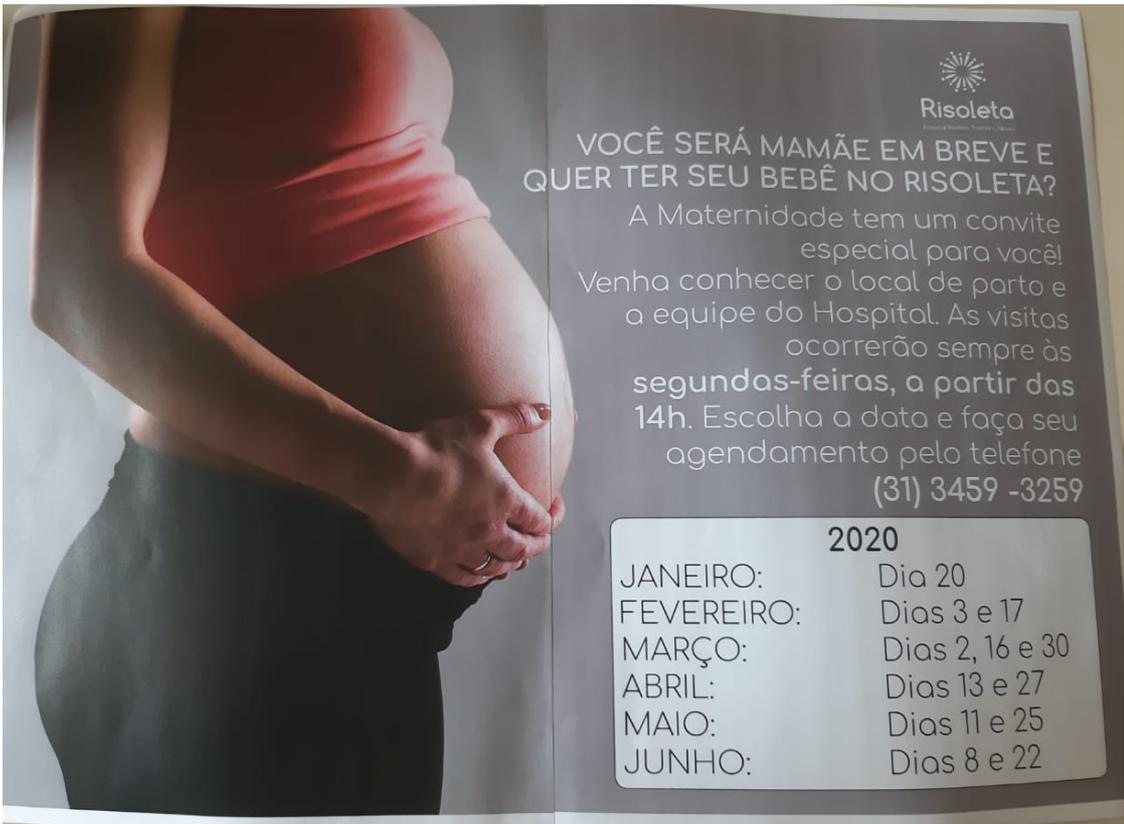
Em ambas as dimensões, o GEL-HRTN avaliou a maternidade como intermediária, necessitando de pouco esforço para aprimorar (Anexos IX E X). Antes da instauração do GEL, o serviço já apresentava ouvidoria para acolher as demandas dos usuários, assim como o conselho. Ambos são instâncias que promovem uma maior aproximação do usuário com os serviços, e estão subordinadas diretamente à Diretoria Geral. Contudo, esses espaços precisam ser aprimorados na maternidade de forma a obter mais visibilidade e, conseqüentemente, maior envolvimento dos usuários.

Dessa forma, estratégias de divulgação das atividades realizadas pela maternidade foram elencadas como ações para promover maior aproximação das mulheres com a maternidade (Anexo XI). A visita das gestantes aos espaços da maternidade é uma ação iniciada após a implantação do GEL, e visa a vinculação dessa mulher à instituição de referência. Uma das fragilidades observadas era a sua pequena divulgação das visitas, fazendo com que esta ação fosse desconhecida pelas mulheres, famílias e profissionais da atenção primária.

Como forma de resolver esta questão, na última reunião de 2019 ficou pactuado que novas tiragens do *banner* (Figura V) com informações sobre datas e horários das visitas seriam confeccionadas. Um quantitativo foi encaminhado à regional norte da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte para dispensação entre as Unidades Básicas de Saúde, e um outro montante foi distribuído nas áreas de circulação de pacientes do HRTN.

A visita das usuárias à maternidade como forma de aproximação destas ao serviço, e vinculação destas à instituição foi discutida na reunião. Observa-se pouca adesão das gestantes à visita, fato que pode ser justificado pela falta de orientação desta pelas equipes das unidades da saúde. Maria Esther aponta que os próprios profissionais das unidades desconhecem o fluxo, e se dispõe a encaminhar para os postos cartazes que divulguem o calendário de visitas. Carmem Miranda reforça a importância desta estratégia para a vinculação das mulheres, aponta ainda que outras ações como divulgação no site do hospital,

cartazes nos demais setores estão sendo realizadas para aumentar a participação. Chiquinha questiona sobre o caderno proposto no POA, Carmem explica que as famílias costumam buscar a ouvidoria para a realização de elogios e reclamações, e que estas são compartilhadas com a equipe como forma de estímulo e/ou reflexão sobre a prática. (NC 6)



The image shows a banner for a maternity visit. On the left, a pregnant woman in a red top and black pants is shown from the waist down, holding her belly. On the right, there is text in Portuguese. At the top right is the logo for 'Risoleta' (Hospital Risoleta Tolentino Neves). The main text asks 'VOCÊ SERÁ MAMÃE EM BREVE E QUER TER SEU BEBÊ NO RISOLETA?' and invites pregnant women to visit the maternity ward. It specifies that visits will be held on Tuesdays starting at 14h. A phone number is provided: (31) 3459-3259. Below this is a table for the year 2020 listing specific dates for each month.

Risoleta
Hospital Risoleta Tolentino Neves

VOCÊ SERÁ MAMÃE EM BREVE E QUER TER SEU BEBÊ NO RISOLETA?

A Maternidade tem um convite especial para você! Venha conhecer o local de parto e a equipe do Hospital. As visitas ocorrerão sempre às **segundas-feiras, a partir das 14h**. Escolha a data e faça seu agendamento pelo telefone **(31) 3459-3259**

2020	
JANEIRO:	Dia 20
FEVEREIRO:	Dias 3 e 17
MARÇO:	Dias 2, 16 e 30
ABRIL:	Dias 13 e 27
MAIO:	Dias 11 e 25
JUNHO:	Dias 8 e 22

Figura V - Banner-convite visita da gestante à maternidade HRTN

Fonte: Hospital Risoleta Tolentino Neves

Contudo, estratégia que garantisse a presença das mulheres não gestantes no serviço ainda não foram discutidas, e permanecem como um desafio para o grupo de trabalho. Reconhece-se uma dificuldade em encontrar ações que atinjam esta população de forma efetiva, principalmente porque o aborto legal e a violência sexual, muitas vezes associada a ele, apresentam um aspecto velado, tornando sua comunicação muitas vezes truncada.

Este aspecto também foi pontuado pelas profissionais em duas entrevistas, que reconhecem que, no momento, a pouca demanda de atendimento às mulheres vítimas de violência no HRTN se deve mais ao fato de que, muitas vezes, as vítimas não buscam auxílio pois temem o tipo de tratamento que receberiam. Assim, conforme apontado nas falas a seguir, para estas entrevistadas, após o início do atendimento espera-se que a demanda aumente, pois as mulheres reconhecerão o HRTN como um serviço de referência neste cuidado. Ou seja, a publicidade desse cuidado acontecerá por meio da própria comunicação entre usuárias e a rede de cuidados.

“(...) atendi neste período uma, ou duas mulheres vítimas de violência sexual, mas acho que tem mais sabe?! A nossa região é muito carente, caso de violência doméstica chegam muito lá no PA, acho que não vemos tanto a sexual porque as mulheres têm vergonha, e não buscam. Eu acho que depois que começar a atender vai aparecer muita mulher, tenho até medo da gente não dar conta da demanda (...).” (Dandara dos Palmares)

“(...) vai ser só abrir que elas vão chegar, e aí vai ter que pensar em como estruturar a demanda. A gente assistente social somos em duas, não vai dar conta, porque vai aumentar muito a demanda e o atendimento nestes casos demandam tempo. Mas elas vão começar a chegar é só falar que começou a atender”. (Nísia Floresta)

Nestas falas, além da própria percepção das profissionais de que, no momento, o cenário de demanda não condiz com a realidade da população atendida pelo serviço – que é configurada como de alto risco social pela prefeitura de Belo Horizonte –, observa-se que elas reconhecem que o início das atividades desse

atendimento culminará com o aumento da demanda. E, conseqüentemente, haverá uma necessária adequação do processo de trabalho dos profissionais para o atendimento da possível demanda crescente. Estes movimentos internos demonstram a compreensão dos trabalhadores da importância de seu envolvimento nos processos de cuidado.

Outra ação pactuada pelo grupo para possibilitar essa proximidade do usuário e, ainda, promover um *feedback* aos profissionais do cuidado por eles realizado foi a criação de um caderno no qual as mulheres que vivenciaram o aborto legal, gestantes, puérperas, e familiares possam expressar suas experiências com o HRTN. No início do Projeto, os relatos eram escritos pelos usuários em folha avulsa, e entregues à coordenação de enfermagem, que encaminhava à equipe para o arquivamento, como apresentado na figura III. O caderno foi uma ação estratégia coordenada por profissionais da enfermagem, psicologia e fonoaudiologia, e teve início em setembro de 2018.

Observa-se, então, que a prática tem sido repensada a partir a avaliação realizada pelo coletivo. As inquietações levantadas e os caminhos traçados para solucioná-las demonstram o amadurecimento do coletivo em relação ao usuário. Contudo, desafios ainda precisam ser superados, como a pouca adesão da comunidade aos espaços de gestão, o que resulta numa visão ainda não corresponsabilizada da saúde dos usuários.

Em síntese, considerando a proposta de acompanhamento avaliativo transversal do Projeto ApiceON nas (três) dimensões indissociáveis de análise, os resultados deste estudo apontam que, na *dimensão 1 – O projeto e sua dinâmica* –, os movimentos e ações disparadas, planejados e/ou implementadas para o aprimoramento do cuidado às mulheres em situação de abortamento foram considerados avanços que podem ainda ganhar mais vigor, no sentido da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres assistidas no serviço. No entanto, o serviço de atenção à mulher em situação de violência sexual – que já se encontra no horizonte do serviço como uma ação a ser implementada – ainda não o foi, devido as pendências frente ao fornecimento de materiais pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte (SEMSA/PBH) e publicação do protocolo. Em ambas as situações, nota-se uma preocupação no coletivo de trabalho do HRTN em relação a sustentabilidade destas ações e questionamentos do grupo em relação à sua continuidade.

Na *dimensão 2 – o serviço/sujeitos/coletivos e sua dinâmica* –, os aspectos de inclusão dos trabalhadores, como a discussão sobre autonomia e protagonismo dos profissionais, têm se mantido como um dos focos do GEL/HRTN. Os resultados apresentados apontam para movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas que permitiram aos integrantes do GEL ampliação de sua capacidade de análise, a partir de um maior conhecimento e aproximação da temática da humanização, particularmente nas situações relativas à qualificação do cuidado às mulheres em situação de abortamento e violência sexual.

Por fim, *na dimensão 3 – o serviço e a dinâmica de prestação de cuidado a estas mulheres* –, observa-se que os movimentos e ações disparadas, planejadas e/ou implementadas podem ser destacados como avanços. No entanto, vale enfatizar que esforços devem ser empreendidos no sentido de fortalecer o protagonismo e autonomia das mulheres, bem como sua representação nas instâncias colegiadas do serviço e no próprio GEL.

6. DISCUSSÃO

O conceito de trabalho adotado pelo projeto e, conseqüentemente, pelo GEL extrapola a concepção de execução de tarefas ou produção de coisas. Ao analisar o trabalho, os profissionais estão avaliando a atividade humana que transita entre o normativo – aquilo que está prescrito (em códigos de ética, descrições de competências) – e o real – o que opera nas subjetividades, na reinvenção (SANTOS FILHO, 2014; HORTZ, 2018; SANTOS FILHO, 2020a; SANTOS FILHO, 2020b).

Ou seja, não se devem prender àquilo que é normativo, mas sim compreender as relações entre os sujeitos, os valores e recursos que definem o trabalho em saúde. Dessa forma, os aspectos de subjetividade, como o gênero e a moralidade, interferem em como esse indivíduo ou grupo analisa seus processos de trabalho. Ao avaliar seu trabalho, os indivíduos aumentam seu poder de agir sobre uma determinada situação (SANTOS FILHO, 2014; SANTOS FILHO, 2020a; SANTOS FILHO, 2020b), e compreendem com clareza a interferência que realizam.

Os resultados encontrados neste trabalho, com relação ao perfil das trabalhadoras da instituição, corroboram achados de outras pesquisas: são mulheres, jovens e têm tempo médio de serviço de seis anos (CORRÊA, 2012; FERIGOLLO, 2016). Estudo realizado na cidade de Santa Maria com profissionais do SUS encontrou 95.5% de mulheres, com idade média de 36 anos (variando entre 22 e 62 anos), e tempo de serviço médio de 3 anos (FERIGOLLO, 2016).

Assim, além da própria composição do GEL ser integralmente de mulheres, a direção do HRTN vive hoje uma era feminina. Assim como a diretoria geral, as coordenações de todas as profissionais entrevistadas eram conduzidas por mulheres. Estudos realizados em municípios brasileiros apontam uma predominância feminina nos cargos de gestão das unidades básicas de saúde (UBS), com variação de 59% a 91% da atenção primária gerenciada por mulheres (COELHO, 2012; SANTOS, 2016).

No início das atividades do GEL-HRTN, as dimensões "Boas práticas na atenção ao abortamento" e "Boas práticas na atenção à vítima de violência sexual" foram ambas avaliadas como intermediárias, apesar de, na prática, apresentarem níveis de evolução distintos, o que demonstra a incapacidade de um escore isolado representar a realidade. O DS é revisitado coletivamente e, por carregar em si tal

dinamicidade, precisa ser dotado também de aspectos qualitativos que compreendam as informações ausentes no escore. Para Santos Filho (2020), o DS não objetiva a definição pura e simples de estágios de desenvolvimento ou metas, mas sim um exercício de atenção flutuante e contínua às variáveis do processo.

O aspecto considerado como importante pelo GEL-HRTN no que tange os cuidados às mulheres em situação de abortamento foi a padronização do Misoprostol de 200 mcg. Esta posologia, além de ser a indicada para as técnicas de esvaziamento uterino com maior eficácia e melhor custo benefício para a instituição, garante para as mulheres maior conforto e segurança no uso (RIVERA, 2019). No entanto, efeitos colaterais como cólicas, sintomas gastrointestinais e maior período para completar o aborto quando comparado ao Mifepristone são esperado no uso do Misoprostol (OMS, 2013)

A OMS recomenda, na ausência do Mifepristone, o Misoprostol para a interrupção da gravidez em qualquer idade gestacional, sendo que até a 13ª semana de gravidez pode ser utilizado em dois esquemas. O primeiro propõe a administração de 800mcgs por via vaginal, ou bucal, a cada 3 ou 12 horas, para o esvaziamento uterino. Já para a preparação cervical prévio à curetagem, 400mcg via vaginal, 3 horas antes do procedimento (OMS, 2013).

A técnica cirúrgica para o esvaziamento uterino de escolha do HRTN é o AMIU, sendo realizado em 53% das mulheres que eram internadas para a realização de esvaziamento uterino. No entanto, essa instituição caminha na contramão do cenário nacional, no qual, em 2015, apenas cerca de 10 mil procedimentos de esvaziamento uterino ocorreram por AMIU, enquanto por procedimentos de curetagens foram 173.145 (BRASIL, 2017). A técnica de aspiração à vácuo está associada a menores complicações, como perfurações uterinas, hemorragias ou infecções, assim como menor dor no pós procedimento, devendo ser, assim, o método de escolha (OMS, 2013).

A oferta de DIU pós abortamento continuou sendo, ao término do trabalho, uma dificuldade para a instituição, haja vista o frequente desabastecimento do dispositivo pelo MS. Este entrave fere o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo, que desde 1996 está garantido em lei federal (BRASIL, 1996). O DIU é um método eficaz, seguro e gratuito, que deve ser ofertado às mulheres que não apresentarem

contraindicações para seu uso como forma de evitar gravidezes futuras indesejadas (BRASIL, 2018).

O momento da internação para curetagem, ou AMIU, deve ser uma oportunidade para tratar com as mulheres questões relativas à sexualidade e reprodução. Os serviços que realizam abortos legais devem estar capacitados para a oferta de métodos contraceptivos. Porém, caso não seja possível, a mulher deve ser orientada sobre onde e como deve recorrer para consegui-lo (OMS, 2013; PATIL, 2016).

Contudo, estudo realizado em um maternidade da Bahia aponta que a oferta de contraceptivos pós aborto, ou, ainda, a orientação para as mulheres sobre os métodos não era prática frequente no serviço e, quando ocorria, era de forma fragmentada, horizontalizada, sem levar em conta os aspectos pessoais da paciente (McCALLUM, 2016). Além disso, estudo realizado na macrorregião sul de Minas Gerais apontou que em 15% das situações da não oferta do DIU de cobre às mulheres o motivo era a falta do dispositivo nos serviços, dados estes que corroboram a realidade apresentada no HRTN (GONZAGA, 2016).

Apesar de estar pactuado com setores anexos a permanência das mulheres, no pós procedimento, em leitos separados das gestantes e/ ou puérperas, isso não ocorre no pré anestésico. Esta situação, apesar de contrária às recomendações, deve-se à constante superlotação do serviço. Infelizmente, esta característica é frequente nas maternidades e motivo de insatisfação das mulheres com o atendimento prestado, se sentindo constrangidas e expostas (SOUZA, 2018; McCALLUM, 2016).

A dimensão "Boas práticas no atendimento às vítimas de violência sexual" foi a que recebeu do GEL maior empenho no período trabalhado, tendo em vista que a instituição tinha como objetivo se tornar referência para o eixo norte de Belo Horizonte para esse atendimento. Foi possível observar em suas ações estratégicas a inseparabilidade entre os eixos formação, atenção e gestão na construção do serviço.

A realização de discussões de protocolos entre os profissionais, assim como o seminário, mostrou-se um importante momento de educação. Assim, a formação deve apontar para os horizontes da atenção e gestão, modificando-os e sendo por eles modificados (ROZA, 2014, SANTOS FILHO, 2020a; SANTOS FILHO, 2020b).

Ao realizar estes movimentos, o GEL trouxe à cena os diversos atores envolvidos, aliciando-os à proposta de humanização da assistência.

Durante esses encontros, a avaliação coletiva foi constante. No seminário, por exemplo, foi possível identificar que o envolvimento de outros setores seria necessário para a implantação do serviço, assim como a construção de alianças com outras áreas. A responsabilização, o envolvimento, a ausência de neutralidade nas análises e o reconhecimento das forças conflitantes é o que permite que as mudanças ocorram de forma eficaz (SHIMIZU, 2014; SANTOS FILHO, 2020b).

A ampliação do protocolo para o atendimento de mulheres menores de 16 anos, transgêneros, e homens demonstra a preocupação da instituição com esse agravo nas demais populações. Pesquisas realizadas apontaram que a maioria dos estupros ocorreram em menores de 13 anos, e o agressor, em 68% dos casos, tinha algum grau de parentesco com a vítima (BRASIL, 2018; DELZIOVO, 2018). Já o atendimento à população transgênero apresenta-se como uma tentativa do HRTN em romper com a inegável dificuldade encontrada por essas pessoas no acesso aos serviços de saúde (MONTEIRO, 2019).

Para o integral atendimento às vítimas de violência e redução da revitimização, a coleta de vestígios, com posterior construção de uma cadeia de custódia, faz-se necessária. Segundo portaria do MS de 2014, os serviços habilitados poderão, sem prejuízo das atividades do IML, realizar a coleta e guarda de materiais biológicos que visem à identificação do agressor.

Entretanto, uma pesquisa aponta que o desconhecimento dos profissionais sobre as atribuições, responsabilidades, assim como seu desconforto com o atendimento, se revelam como fatores que dificultam a construção dessa rede de custódia (ARRAIS, 2020). Assim, ao realizar acordo com a polícia civil para o treinamento da equipe e fornecimento de material para a adequada coleta e armazenamento do material, o GEL reduziu a distância entre os dois setores (segurança e saúde) em prol do atendimento integral.

Ao realizar a webconferência com as demais maternidades do SUS-BH e representantes do MS, o GEL-HRTN aprimorou o caráter de rede preconizado pela RC. As redes de saúde são arranjos organizativos de ações e serviços em diferentes níveis que visam à integralidade dos sujeitos, e que deve atuar de forma

horizontalizada e em constante comunicação e troca de experiências (BRASIL, 2010; JUNIOR, 2014).

A construção do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual deu-se de forma multiprofissional, participando da elaboração deste documento médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e o farmacêutico. O atendimento multiprofissional é uma exigência mínima para os serviços que atendem às vítimas de violência, segundo a portaria ministerial 485, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014), e o HRTN atende às exigências quanto a equipe mínima descritas no documento.

A presença de equipe mínima de atendimento foi uma realidade encontrada em todos os serviços avaliados em 2015. Porém, apenas duas instituições das 35 pesquisadas contavam com equipe específica para o atendimento. Nas demais, o atendimento era realizado pela equipe de plantão (MADEIRO, 2016). Esta situação pode dificultar o acesso das mulheres ao atendimento integral, especialmente nos casos em que houver a solicitação de aborto legal, tendo em vistas as questões subjetivas que envolvem o cenário.

A objeção de consciência está prevista no Código de Ética médica, contudo, não está garantida nos casos de abortos previstos em lei quando não há outro profissional que possa realiza-lo, ou se a negativa trouxer para a mulher danos físicos, psíquicos ou morais (BRASIL, 2011). Desta forma, o direito da mulher ao aborto nos casos previstos em lei deve ser resguardado, caso o profissional não deseje atender aquela situação, ele deve garantir que outro médico realize o procedimento.

Apontado pelas entrevistadas, a questão do gênero pode interferir negativamente no atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidades. Pedrosa (2012) aponta que, para os profissionais médicos, em geral, a vivência do atendimento à violência gera sentimentos de frustração e impotência. Esta mobilização emocional pode gerar várias repercussões, sendo o distanciamento a postura muitas vezes adotada.

Já no que tange ao abortamento, as participantes não demonstraram dificuldades pessoais no atendimento. Porém, estudos realizados com profissionais médicos e de enfermagem divergem desse achado. Talvez isto se deva ao fato de a instituição realizar abortos legais e ser campo de ensino para diversas profissões de

saúde. Essas pesquisas apontam que os trabalhadores encontram dificuldades em não colocar na cena de cuidado suas crenças e valores, mesmo quando se trata de aborto previsto em lei (ZORDO, 2012; SOARES, 2012; TACHIBANA, 2014; YANG, 2016). Em algumas situações, há a tentativa de convencer a mulher a não o realizar, ou, ainda, trata-la de forma ríspida, culpabilizando a paciente pela situação vivenciada e a considerando "não merecedora de cuidado" (ZORDO, 2012; SOARES, 2012; TACHIBANA, 2014).

Todavia, a falta de discussão sobre esses assuntos na graduação foi mencionada como dificultador no atendimento. Os profissionais apontavam disposição no cuidado às vulnerabilidades e compreendiam a importância da qualificação deste para as mulheres. Porém, o aprimoramento da assistência esbarra no escasso conhecimento teórico-prático.

Estudos, inclusive internacionais, apontam a deficiência da formação na abordagem desses temas. O aborto, por exemplo, quando inserido nas grades curriculares, é discutido de forma superficial, sem abordar os diversos aspectos que o envolvem, focando apenas no físico e não atendendo a integralidade da mulher que o vivencia (ZORDO, 2012; MIZUNO, 2013).

Assim sendo, ao reconhecer o distanciamento entre universidade e sociedade como entrave para a qualificação do cuidado, o ApiceON corrobora com o achado desses estudos e avança ao propor o referencial de acompanhamento avaliativo como metodologia de trabalho. O ApiceON apoia-se sobre os referenciais que alicerçaram a PNH de cogestão e acompanhamento avaliativo.

A cogestão, ou gestão colegiada, se faz presente em cada uma das ações do grupo estratégico. Conforme pontuado nas falas das profissionais entrevistadas, a participação de diversas categorias nas discussões, com igual importância e responsabilidade, gerou nelas sentimentos de pertencimento e reconhecimento. Além disso, para as trabalhadoras, o envolvimento em instâncias colegiadas funciona como momentos de aprendizagem. Através das avaliações realizadas, elas conseguiram compreender melhor o processo de trabalho, a importância de cada ação e, assim, se empoderar de seu agir profissional.

Um trabalho realizado em três unidades básicas de saúde (UBS) do Distrito Federal reconheceu nos profissionais participantes de uma experiência de cogestão as fases do processo grupal, proposta por Pichon-Rivière em 1994: a afiliação, a

pertença e a cooperação, assim como a aprendizagem e o reconhecimento profissional como respostas à intervenção (SHIMIZU, 2014). Segundo o autor, a cogestão através do AI mostra-se como importante ferramenta para modificar as formas de gerir e cuidar, assim como descreve a PNH.

O AI neste grupo, representado pela mediadora, cumpriu ao longo da pesquisa realizada sua função principal de apoiar o GEL na apropriação e produção coletiva de análises de trabalho (BRASIL, 2017), balizada sempre pelo DS e POA no HRTN. Tais ações conversam com o que Shimizu (2014) aponta como atribuição do grupo de propiciar a grupalidade, auxiliar na gestão e na análise dos processos de trabalho, através de um movimento de trocas de saberes, afetos e remodulações dos fazeres de cada um.

Nos momentos em que se observava no grupo a tendência em destacar as dificuldades, ou ainda, quando no final do ano houve um esvaziamento do *quórum* do grupo, a mediadora demonstrava, conforme aponta Santos Filho (2020), que apenas através da insistência em analisar seus processos de trabalhos que as mudanças seriam alcançadas. A mediadora lembrou, quando em visita à instituição pela supervisora, que somente olhando criticamente para os documentos oficiais – DS, POA e pautas de destaque – que os objetivos serão alcançados.

Esse esvaziamento observado no grupo estratégico do HRTN também ocorreu em outras experiências de cogestão prévias. No trabalho de Shimizu (2014), a resistência ao processo de cogestão também foi expressa pelo pouco envolvimento dos profissionais das UBS nas oficinas. Para o autor, uma explicação para esse distanciamento deve-se à proposta de gestão colegiada, que rompe com o modelo Taylorista de gestão. Ao analisar os processos de trabalhos, os indivíduos são convidados a revisitar o conceito que carregam dessa atividade humana.

O trabalho foi repensado por diversos filósofos, flutuando desde uma experiência religiosa que, segundo Hesíodo, era a busca por se aproximar dos Deuses, até a profunda alienação do homem do processo produtivo em busca da produtividade, conforme aponta Taylor no auge da Revolução Industrial (HOLZ, 2014). Contudo, nenhuma destas correntes inclui a subjetividade e as forças externas ao indivíduo que influem nessa atividade, aspectos estes tratados pela Ergologia, teoria ainda pouco discutida nos ambientes de trabalho.

Nesse sentido, ao trazer para a análise do processo os diversos atores, subjetividades e pontos de vista, deve-se cuidar para que todos os aspectos sejam contemplados e respeitados. A compreensão de que diversos conflitos serão elucidados e que é necessário aceitá-los e entendê-los fazem parte dessa teoria (SANTOS FILHO, 2020b). A neutralidade não faz parte desse tipo de experiência, e a ausência e imparcialidade podem ser motivos do não envolvimento dos indivíduos.

A instrumentalização do acompanhamento avaliativo dá-se através do DS e POA, ferramentas construídas pelo projeto e apoiadas nos referenciais da PNH. Estes instrumentos servem para suscitar a análise coletiva sem, no entanto, prender a inventividade dos envolvidos (SANTOS FILHO, 2020a).

O DS constitui o primeiro e contínuo movimento avaliativo do grupo. Na perspectiva da formação-intervenção, a avaliação dos processos, cenários e pessoas constitui o nexos entre as vertentes. Neste processo, a avaliação visa ser integradora, pretendendo articular formação, intervenção e atenção, e apreendendo os movimentos realizados pelos sujeitos na concepção do trabalho em saúde, sendo, nesse sentido, importante dispositivo para contribuir na renovação dos serviços e programas (FURTADO, 2018; SANTOS FILHO, 2020a). Dessa forma, o acompanhamento avaliativo aproxima-se da "avaliação de quarta geração" ao remeter aos grupos de interesse que, por sua proximidade aos serviços, vivem de forma direta suas repercussões positivas e/ou negativas (WETZEL, 2017).

Ao pontuar a instituição em cada aspecto da assistência abordado, os profissionais realizam o movimento abrangente de avaliar os diversos fatores que interferem naquele indicador. Dessa forma, o DS não deve nunca ser avaliado isoladamente, ou por apenas um ator, sob a égide de não representar com fidelidade uma determinada realidade.

A formação, importante componente do ApiceON, é perspectivada na sua função política de transformação da realidade. Tal concepção da educação está também presente no marco lógico-teórico concebido pela PNH (BRASIL, 2011; ROZA, 2014; SANTOS FILHO, 2020a; SANTOS FILHO, 2020b). Porém, observa-se nos discursos dos profissionais que a formação ainda não contempla essa função modificadora de realidades, estando apenas preocupada com a educação técnico-científica dos estudantes.

A educação, focada apenas nos aspectos biológicos dos indivíduos, ou nos processos de trabalho sem uma reflexão crítica, tem sido alvo de críticas tanto da sociedade, quanto do cenário assistencial (PARRA, 2016; BENEDETTO, 2018; CÔELHO, 2019). Esta pedagogia tem se mostrado incapaz de formar profissionais que atendam às necessidades da população. As reclamações de descaso, as práticas éticas inadequadas, a desumanização e desrespeito com os sujeitos são constantes entre os usuários (BENEDETTO, 2018).

Dessa forma, as instituições de ensino e de cuidado têm se articulado na tentativa de reverter esse cenário de formação. A perspectiva da formação-intervenção busca agregar a reflexão sobre o trabalho – as realidades, as subjetividades, as relações dos sujeitos com o processo e entre si – como forma de aumentar a capacidade de poder-agir dos indivíduos (SANTOS-FILHO, 2020a; SANTOS-FILHO, 2020b). Então, os processos de formação devem integrar os cenários de cuidado e com eles interagir, modificando-os e por eles sendo modificados (BENEDETTO, 2018; SANTOS FILHO, 2020a).

Os sujeitos, ao avaliar sua (in)capacidade de atendimento às mulheres em situação de abortamento e/ou violência sexual, estão exercendo uma reflexão dos processos de trabalho nos quais se inserem, e se movimentam para tentar modificá-los. Ao apontar a possibilidade de propiciar aos estudantes maior contato com as mulheres em situações de vulnerabilidade, o indivíduo corrobora a importância da reflexão destes alunos no e com os serviços, possibilitando a eles a realização de análises coletivas sobre os processos e reduzindo a dicotomia entre academia e instituições de saúde (SANTOS FILHO, 2020b).

Os currículos ainda tratam assuntos como o aborto, a violência sexual, e o atendimento à população transgênero de forma superficial, não discutindo os aspectos subjetivos destas situações. Um trabalho realizado com 187 alunos egressos de um curso de medicina aponta que apenas 59,8% deles apresentam um bom conhecimento sobre a temática, e que 54,6% se sentem desconfortáveis no atendimento, mesmo em situações de abortos legais (DARZÉ, 2014). Este resultado pode ser corroborado pelas falas de profissionais em outros estudos que apontam fragilidade nos cursos de graduação e pós graduação na abordagem dos temas, fazendo com que os profissionais não se sintam capacitados para atender as mulheres com qualidade (PEDROSA, 2011, MOREIRA, 2018).

Os alunos-trabalhadores, ou trabalhadores-alunos, devem ser compreendidos como sujeitos no contexto de trabalho, que transitam entre os espaços dos cursos e os de cuidado e que podem auxiliar na sua transformação (SANTOS FILHO, 2020b). No período de realização deste trabalho, ocorreu a promoção de situações formativas, como as reuniões clínicas mensais sobre a discussão dos protocolos de aborto legal e atendimento às vítimas de violência sexual, e o seminário dos residentes. Estas situações promoveram a análise coletiva do trabalho, nas quais mudanças foram propostas e operadas pelos diversos atores, com especial contribuição dos estudantes, diminuindo assim a dicotomia os processos de formação e os de trabalho (SANTOS FILHO, 2020b).

A obrigatoriedade de representantes do ensino no GEL proporciona a inclusão dos aspectos da formação nas discussões sobre cuidado e gestão. Segundo Vendruscolo (2018), ao participar de instâncias colegiadas, os representantes do segmento do ensino ressaltam os aspectos pedagógicos desta integração, trazendo à luz questões de metodologia de ensino e aprendizagem, o que fortalece a aproximação entre universidades, serviços e comunidade, e fornece análises sobre os processos de aprendizagem.

Conforme apontado por Shimizu (2014), ao ingressar em coletivos, os indivíduos (não sem dificuldades) apresentam graus diversos de autonomia e empoderamento. Para Schwartz e Durrive (2007), ao repensar o trabalho, os indivíduos transitam entre o que é prescrito e o que é o real, sendo este carregado de subjetividades e arranjos próprios do trabalhador. Assim sendo, ao assumir a concepção ampliada do trabalho, os indivíduos aumentam o seu poder de agir, reconhecem seu lugar no mundo de trabalho e como se posicionar para promover as mudanças necessárias.

A participação social na gestão em saúde está prevista na Lei 8080, que trata da constituição do SUS, e visa tornar este sistema mais adequado às necessidades da população. Entretanto, ainda se observa discreta participação dos usuários nas instâncias colegiadas de gestão, assim como observado neste trabalho (RIGATTO, 2019). Dessa forma, mecanismos de aproximação dos usuários nas cenas de gestão devem ser estimulados pelos serviços, como rodas de conversas, cursos para a formação de conselheiros, entre outros (RIGATO, 2019).

O coletivo acompanhado realizou ações na tentativa de aproximar as usuárias do serviço para além do momento da internação, como a visita da gestante à maternidade, além de oportunidades para expressar suas vivências no serviço. A vinculação da gestante à maternidade de referência é um direito garantido por lei desde 2007. Esta lei objetiva a redução da morbimortalidade materna e neonatal mediante a diminuição da peregrinação da mulher por assistência (BRASIL, 2007).

Esta vinculação visa à redução de um dos "três tempos de demora", teoria criada em 1990 que explica quais são os tempos de demora entre a identificação de uma demanda de cuidado até seu ideal atendimento pelos serviços. A estratégia de ligar uma gestante a um serviço, informando-a ainda no pré-natal qual a sua maternidade de referência, tem com fim a redução do segundo tempo de demora, que é a de "alcançar o serviço de saúde" (MORAES, 2018).

Estudos internacionais apontam que a manutenção de um dos tempos de demora, em especial aquele relacionado ao atraso no acesso ao serviço, está associada ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal. Além disso, fatores socioeconômicos como idade, renda mensal, estado civil, cor e raça, e idade gestacional estão associados a uma maior peregrinação das mulheres, com piora dos indicadores perinatais (WAISWA, 2010; MGAWANADERE, 2017; MORAES, 2018; WANAKA, 2020).

Tais estudos demonstram a importância de estratégias que aproximem as gestantes à maternidade para a melhora do cenário obstétrico e neonatal no município. Contudo, os resultados deste trabalho apontam que ainda não foram construídas estratégias que garantissem às mulheres em situação de violência e/ou abortamento legal o reconhecimento do HRTN como serviço de referência.

As trabalhadoras entrevistadas apontam que, após o início das atividades do serviço, as mulheres passaram a reconhecer a instituição como um serviço de referência. No entanto, não foi constatado durante a pesquisa a existência de estratégias que promovam a visibilidade desse atendimento para a população. Esta situação, encontrada em outros estudos, corrobora a dificuldade dos profissionais em tratar temáticas tão frágeis no atendimento à estas mulheres (MADEIRO, 2016; DELZIOVO, 2018; SOUZA, 2018).

O desconhecimento das vítimas sobre seus direitos e a rede de atendimentos contribui para que estas mulheres não busquem os serviços em tempo hábil. Como

apontado por Delziovo (2018), 37.1% das notificações analisadas não receberam o atendimento nas primeiras 72 horas pós violência. Sabe-se que ser atendida dentro deste intervalo é um fator de proteção contra gravidez decorrente de estupro e infecção pelo HIV. No trabalho citado, a prevalência de gravidez entre as mulheres atendidas nas primeiras 72 horas foi de 1.6%, enquanto naquelas que buscavam o serviço após este período foi de 4.2% (DELZIOVO, 2018).

Dessa forma, estratégias que facilitem o acesso das mulheres aos serviços, reduzindo também os tempos de demora, faz-se necessárias para evitar gravidezes indesejadas e ISTs. Além disso, uma melhor abordagem dessas temáticas com os estudantes e trabalhadores é fundamental, a fim de estimulá-los a compreender e reconhecer as necessidades desta população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs à demarcação dos movimentos e ações disparadas, planejadas, e /ou implementadas para humanização do cuidado às mulheres em situação de abortamento e/ou violência sexual no HRTN, assim como os desafios e potencialidades encontradas pelo coletivo de trabalho no caminho desta qualificação.

A maternidade do HRTN é um serviço que já realizava abortos legais. Nesse sentido, o coletivo apontou que era necessária a revisão desse protocolo para uma maior qualificação do cuidado. Já no que tange à violência sexual, vários movimentos foram empreendidos para que o HRTN se tornasse um serviço de referência, evitando assim a “peregrinação” das mulheres nesse atendimento. Contudo, até o término deste trabalho, o serviço ainda não havia sido inaugurado, tendo em vista as pendências frente ao fornecimento de materiais pela secretaria e publicação do protocolo.

Para a identificação destas demandas, bem como para a realização e pactuação de ações, o grupo realizou, durante o trabalho coletivo no GEL, movimentos de grupalidade, de reconhecimento das potencialidades e fragilidades do coletivo, dos trabalhadores do serviço e da própria instituição, de corresponsabilização e empoderamento profissional.

Apesar dos avanços conquistados pelo GEL neste período, especialmente no que tange ao componente “atenção”, algumas dificuldades foram encontradas e necessitam de maior investigação. Estes entraves foram observados tanto no componente “formação” – tendo em vista a pouca participação de estudantes (residentes e/ou acadêmicos) na instância colegiada – como na “gestão”, terceiro componente do Projeto. Neste último, ficou evidente que tanto a participação dos demais trabalhadores nas discussões (não integrantes do GEL) foi incipiente no período observado, quanto houve uma dificuldade em trazer para dentro do serviço as mulheres usuárias e suas famílias.

Assim, reconhece-se que o Projeto é um trabalho aberto e que, após seu término, sua metodologia de trabalho (instâncias colegiadas de gestão e acompanhamento avaliativo) deverá continuar viva nos serviços, respeitando as particularidades de um. Dessa forma, as ações disparadas, planejadas, e /ou implementadas terão continuidade, e novas demandas de qualificação serão

levantadas. Além disso, a ampliação desse movimento avaliativo para setores afins é também um resultado esperado que possibilita uma maior reflexão do trabalho e qualificação dos cuidados prestados naquele serviço.

Reconhece-se que este trabalho servirá como dispositivo para o serviço e para os diversos atores das cenas de cuidados. Ao reconhecer os fatores que envolvem o trabalho, os formadores e profissionais podem modificar sua prática e ser modificados por ela, além de essa reflexão possibilitar que as universidades atendam melhor as necessidades dos serviços. Para os gestores, o acompanhamento avaliativo traz a possibilidade de um conhecimento em profundidade sobre o serviço prestado na instituição de trabalho. Por não focar apenas em indicadores, mas jogar luz nos processos e movimentos realizados, o gestor consegue identificar quais aspectos precisa intervir e quais não há necessidade de interferência.

Mudanças nas formas de *cuidar*, *formar* e *gerir* também foram percebidas na própria prática profissional da pesquisadora. A integração ao coletivo propiciou uma maior e mais profunda aproximação da temática Humanização, que agora alcança seu conceito maior: o de integrar pessoas, modos de fazer e pensar, rumo a uma atenção à saúde qualificada.

Dessa forma, acredita-se que a demarcação das ações e movimentos, a qual se referia no objetivo geral, foi realizada de forma eficaz, sendo possível reconhecer a trajetória do coletivo em busca da qualificação do cuidado às mulheres em situação de abortamento e violência sexual através da compreensão da inseparabilidade entre atenção, formação e gestão.

Porém, no que tange à imersão nos instrumentos necessária para os objetivos específicos referentes ao POA e DS, especial dificuldade foi encontrada, visto que alguns documentos estavam desatualizados ou incompletos (especialmente aqueles prévios à entrada da pesquisadora no grupo), o que pode ter prejudicado a compreensão das análises e planejamentos realizados pelo coletivo naqueles momentos.

Alguns fenômenos não foram abordados nesta pesquisa – apesar de terem relação intrínseca com o objeto de estudo – pelo motivo da pouca adesão dos residentes nas reuniões do coletivo, apesar da importância de sua participação em instâncias colegiadas. Além disso, não ficaram claras quais foram as repercussões

dos movimentos e ações realizados pelo grupo para os demais profissionais (em especial para a equipe de enfermagem), residentes, acadêmicos e usuários a partir de seus próprios pontos de vista.

Dessa forma, outros trabalhos, com diferentes abordagens, sujeitos e populações devem ser conduzidos para elucidar tais questões, assim como para reconhecer a evolução desse grupo na *práxis* da cogestão e acompanhamento avaliativo e nas estratégias criadas por ele para a sua manutenção e alcance de metas não superadas nos dois anos do Projeto.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. Memórias da esterilização feminina: um estudo geracional. **Antropologia e sociologia**. v. 7, n. 1, p. 187-207. 2017.
- ANJOS, K. F. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 de fev. 2020.
- ARRAIS, A. ZERBINI, E. C. JOTA, F. S. S. V. B.O. ALMEIRA, R. R. A. COSTA, A. R. C. SILVA, K. T. Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1. 2020.
- BATISTA, V. C. BACK, I. R. MONTESCHIO, L. V. C et al. Perfil das notificações sobre violência sexual. **Rev enferm UFPE on line**, v. 2, n. 5, p. 1372-1380. 2018.
- BENEDETTO, M. A. C. GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 67, p. 1197-1207. 2018.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Mapa da violência contra a mulher 2018**. Brasília. 2019
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Editora MS. 1ª edição. 16 p. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Editora MS. 1ª edição. 82 p. 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Editora MS. 1ª edição. 80 p. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Editora MS. 2ª edição. 60 p. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas vítimas de**

violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Editora MS. 1ª edição. 46 p. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **ApiceON - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia.** Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>> . Acesso em 06 de julho de 2019

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da saúde investe em redução mortalidade materna.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna> . Acesso em 17 de janeiro de 2020.

_____. **Portaria 1458 de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 17 de janeiro de 2020.

_____. **Estatísticas vitais - mortalidade 1996 a 2017, por CID.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

_____. **Lei no 11.634 de 27 de dezembro de 1997.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em 06 de maio de 2020.

_____. **Lei no 9264 de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm Acesso em 12 de agosto de 2019.

_____. **Lei no 12.845 de 1o de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1035667/lei-12845-13?ref=feed>. Acesso em 12 de agosto de 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão na Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54.** Relator: MELLO, M. A. de. Publicado no DJ de 12/04/2012, p.433. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em 02 de janeiro de 2020.

CARDOSO, B. B. VIEIRA, F. M. S. B. SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1. 2020.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 49-59. 2013.

CASSIANO, A. C. M. CARLUCCI, E. M. S. GOMES, C. F. BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. v. 65, n. 2, p. 227-244. 2014

DIN, P. C. S et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297-1316. 2013.

COELHO, A. C. P. ARAUJO, E. F. RIBEIRO, A. C. PEDROSA, I. C. F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v, 14, n. 1, p. 171-180. 2012.

CÔELHO, E. P. MIRANDA, G. M. D. NETO, O. B. C. A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma Aposta Pedagógica na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 43, n. 1, p. 632-640. 2019.

COSTA, A. M. BAHIA, L. CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no proceso de fromulação, implantação e avalização das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em debate**. v. 31, n. 75, p. 13-24. 2007.

DARZÉ, O. I.S.P. AZÊVEDO, B. K. G. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 36, n. 1, p. 5-9. 2014.

DELZIOVO, C. R. BOLSONI, C. C. NAZÁRIO, N. O. COELHO, E. B. S. Características dos casos de violência sexual contra as mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 6. 2017

DELZIOVO, C. R. COELHO, E. B. S. d'ORSI, E, LINDNER, S. R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687-1696. 2018.

DIAS, J. M. G. OLIVEIRA, A. P. S. CIPOLOTTI, R et al. Mortalidade Materna. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 25, n. 2, p. 173-179. 2015.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 19, n. 2, p. 313-326. 2009.

DINIZ, S. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**. n. 7. p. 119-125. 2013.

DINIZ, D. MEDEIROS, M. MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

ELLSBERG, M. ARANGO, D. J. MORTON, M. et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? **The Lancet**, v. 385, p. 1555-1565. 2015.

FARAH, M. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas: UFSC**. v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FERIGOLLO, J. P. FEDOSSE, E. FILHA, V. A. V. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Caderno de Terapia Ocupacional**. v, 24, n. 3, p. 497-507, 2016.

FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública, 2019**. Rio de Janeiro. 205 p. 2019

FURTADO, J. P. CAMPOS, G. W. S. ODA, W. Y. ONOKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de saúde pública**. v, 34, n. 7. 2018.

GONZAGA, M. A. S. Barreiras organizacionais para a disponibilização do dispositivo intra-uterino nos serviços de atenção básica à saúde (macrorregião sul de Minas Gerais). [dissertação]. 151p. 2016.

HOLZ, E. B. BIANCO, M. F. O conceito de trabalho na Ergologia: da representação à atividade. **Trabalho e educação**. v. 23, n. 2, p. 157-173. 2014.

IBGE. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. 13 p. 2018

IPEA. Objetivo 5: melhorar a saúde materna. In. IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília. p. 78-85. 2015

JONES, J. S. ALEXANDER, C. WYNN, B. N et al. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. **J Emerg Med**, v. 36, n. 4, p. 417-424. 2009.

JUNIOR, H. M. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**. n. 54, p. 15-37. 2014.

KATAGURI, L. G. SCATENA, L. M. RODRIGUES, L. R. CASTRO, S. S. Caracterização da violência sexual em um estudo da região sudeste do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol.28, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0183>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

KRUG, E. G. DAHLBERG, L. L. MERCY, J. A., ZWI, A. B. LOZANO, R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2002.

LANG, D. L. SALES, J. M. SALAZAR, L. F. et al. Rape victimization and high-risk sexual behaviors: longitudinal study of African-American adolescent females. **West J Emerg Med**, v. 12, n. 3, p. 333-341. 2011.

LEAL, M. C. PEREIRA, A. P. E. DOMINGUES, R. M. S. M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de saúde pública**. v. 30, sl. 1, p. 17-47. 2014.

LEAL, M. C. SZWACRWALD, C. L. ALMEIDA, P. V. B. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1915-1928. 2018.

MADEIRO, A. P. DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. **Ciência e saúde coletiva**. v. 21, n. 2, p. 563-572. 2016.

MARTINS, E. F. et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais, Brasil, 2000 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017.

MARTIN, J. C. **Mortalidade em mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas.** [dissertação]. Fiocruz. 99 p. 2018.

McCALLUM, C. MENEZES, G. REIS, A. P. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 23, n. 1, p.37-56. 2016.

MGAWADERE, F. UNKELS, R. KAZAMEBE, A. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the "three delays" model. *BMC. Pregnancy*

MINAYO, M. C. S. GUERREIRO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n.19, p. 1103-1112. 2014.

MIZUNO, M. KINEFUCHI, E. KIMURA, R. TSUDA, A. Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. **Nurse etics**. v. 20, n. 5, p. 598-550. 2013.

MONTEIRO, S. BRIGEIRO, M. BARBOSA, R. M. Saúde e direitos da população trans. **Cadernos de saúde pública**. v. 35, n. 4. 2019.

MORAES, L. M. V. SIMÕES, V. M. F. CARVALHO, C. A. et al. Fatores associados à pergrinação para o parto em São Luiz (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11. 2018

MOREIRA, G. A. R. FREITAS, K. M. CAVALCANTI, L. F. et al. Qualificação de profissionais da saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, educação e saúde**. v. 16, n. 3, p. 1039-1055. 2018.

MORI, M. E. OLIVEIRA, O. V. M. Apoio institucional e cogestão a experiência Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface**. v. 18, n. 1, p. 1063-1075. 2014.

OLIVEIRA, T. J. RIOS, M. A. TEIXEIRA, P. N. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA. **O mundo da saúde**, v. 41, n. 4, p. 711-719. 2017

OMS. **Abortamento seguro: orientação técnica e de política para sistemas de saúde.** Editora OMS. 2ª edição. 123 p. 2013. ONU. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>. Acesso em: 16 de

fevereiro de 2020.

ONU. **Declaração do Milênio**. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>. Acesso em 16 de fevereiro de 2020.

ONU. **Os 17 objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 16 de fevereiro 2020.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 fev. 2020.

PARRA, LOZA D. C. T, NARIÑO C. C. D. et al. Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de Enfermería. **Cuidarte**, v. 7, n.2, p. 1271-1278, 2016.

PASCHE, D.F. VILELA, M.E.A. GIOVANNI, M. ALMEIDA, P.V.B. NETTO, T.L.F. Rede Cegonha: Desafios e mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg. Saúde Debate**. v. 52, p. 58-71. 2014.

PASCHE, D. Prefácio. In: SANTOS FILHO, S. B. SOUZA, K.V. **Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação**. Moriá. p. 19-27. 2020.

PAIVA, C. H. A. TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35. 2014.

PATIL, E. P. BLAIR, D. OMRE-EVANS, K. Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: comparing outcome of advanced practice clinicians and physicians. **Journal of midwifery & womens health**, v.61, n.3, p. 325-330. 2016.

PEDROSA, C. M. SPINK, M. J. P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135. 2011.

PEQUIM. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a mulher**. 1995.

PITILIN, E. R. SBARDELOTTO, T. Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva: estudo comparativo entre dois períodos. **Revista Cuidado é fundamental**, v. 11, n. 3, p. 613-619. 2019

RIGATTO, R. SILVA, A. C. SANTOS, E. H. CORBUCCI, C. Rodas de conversas como mecanismo de controle social e humanização na avaliação da satisfação de usuários no SUS. **Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v. 16, n. 1. 2019.

RIVERA, C. M. S. ARAUJO, O. M. GÁLVAN, J. A. M et al. Eficácia del esquema FIGO para el manejo médico del aborto en el primer trimestre. **Revista peruana de ginecología e obstetricia**. v. 65, n. 5. 2019.

ROSA, J. P. F. OLIVEIRA, M. M. FILHO, M. M. O. et al. Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. **ABCS Health Sci**, v. 43, n. 1, p. 41-46. 2018.

ROZA, M. ; BARROS, M. E. B. ; GUEDES, C. R. ; SANTOS FILHO, S. B. . A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu. Online), v. 1, p. 1107-1118, 2014.

SANTOS FILHO, S. B. Monitoramento e avaliação como prática transversal Rede Cegonha: Construção de um Processo Articulando Monitoramento e Apoio Institucional. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento**. Brasília, p. 293-337. 2014.

SANTOS FILHO, S. B. Apoio Institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no SUS.. **Interface** (Botucatu. Impresso), v. 18, p. 1013-1025, 2014.

_____. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação em saúde. In. SOUZA, KV. SANTOS FILHO, SB. **Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação**. Belo Horizonte. Moriá. p. 31-64. 2020.

_____. Desenho de avaliação-intervenção em um projeto de qualificação da formação, gestão e atenção ao parto e nascimento. In. SOUZA, KV. SANTOS FILHO, SB. **Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação**. Belo Horizonte. Moriá. p. 293-332. 2020.

SANTOS FILHO, S. B. SOUZA, KV. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação na educação profissional em enfermagem. **Ciência e saúde coletiva**. v. 25, n. 1, p. 79-88. 2020.

SANTOS FILHO, S. B.; ROZA, M. M. R. ; GUEDES, C. R. ; BARROS M.E.B. . A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde.. **Interface** (Botucatu. Impresso), v. 18, p. 1041-1052, 2014.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p.323-333, 2014.

SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.). **trabalho & ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2.ed. Niterói: EdUFF, p.25-36, 2010b.

SHIMIZU, H. E. MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface**. v. 18, n. 1, p. 1077-1087. 2014.

SOARES, C. S et al. Práticas de enfermagem às mulheres em situação de abortamento. **Revista de Enfermagem do nordeste**, v. 13, n. 1, p.140-146. 2012.

SOARES, J. S. F. LOPES, M. J. M. Experiência de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface**, v. 22, n. 66, p. 789-800. 2018.

SOUZA, T. M. C. REZENDE, F. F. Violência contra a mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

TACHIBANA, M. AMBROSIO, F. BEAUNE, D. O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. **Ágora**. v. 17, n. 3, p. 285-297. 2014.

TELES, M. A. A. Violação dos direitos humanos das mulheres na ditadura. **Revista de Estudos Feministas**. v. 23, n. 3, p. 1001-1022. 2015

VENDRUSCOLO, C. FERRAZ, F. TRINDADE, LT et al. Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. **Revista Anna Nery**. v. 22, n. 4. 2018.

WANAKA, S. HUSSEN, S. ALAGAW, A. TOLOSIE, K. BOTI, N. Maternal delays for institutional delivery and associated factors among postnatal mothers at public health facilities of Gamo Zone, Southern Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, v. 12, p. 127-138. 2020

WETZEL, C. PAVANI, F. M. OLSCHOWSKY, A. CAMATTA, M. W. A avaliação de quarta geração no contexto da reforma psiquiátrica. **Investigação qualitativa em saúde**. v. 2, p. 185-190. 2017.

YANG, C. F. CHI, H. L. HSIEH, H. W. WU, S. M. Concealing emotions: nurses' experiences with induced abortion care. **Journal of Clinical Nurse**. v. 25, p. 1444-1454. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5^a ed. Porto Alegre: Bookman, 320 p 2015.

ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência de saúde coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1745-1754. 2012.

APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de observação

- Identificar as relações e as interações entre os diversos membros do grupo
- Identificar as ações do mediador durante as reuniões
- Identificar a discussão sobre assistência ao abortamento, aborto legal, e violência sexual. Fatores intervenientes, e facilitadores para a tomada de decisão
- Identificar se as discussões estão pautadas nas diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde, e Organização Mundial de Saúde (Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica; Abortamento Seguro; Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios)
- Identificar a discussão de práticas de apoio aos estudantes, de forma a proporcionar aos diversos discentes a reflexão crítica sobre a temática, assim como a prática de uma assistência humanizada

Apêndice II – Roteiro de entrevista dos profissionais

NOME

IDADE

CATEGORIA PROFISSIONAL

TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

FUNÇÃO

Questões orientadoras:

- Fale sobre o que considera aspectos facilitadores e dificultadores da sua assistência à mulher em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual
- O que você identifica como potencialidade do serviço para modificar o modelo assistencial à estas populações?
- Quais aspectos você identifica como desafios para o alcance das metas traçadas pelo serviço no que tange ao cuidado às mulheres em situação de abortamento, e violência sexual?
- O que você faria diferente, enquanto atitude pessoal durante a sua assistência ou preceptoria?
- Como você observa o ensino do cuidado às mulheres em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual?

Apêndice III – TCLE para a participação da entrevistada

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa - TCLE

ENTREVISTA

A pesquisa tem como objetivo analisar os movimentos realizados por uma maternidade participante do *ApiceOn* em prol da implementação da humanização no cuidado às mulheres em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual, sob a ótica do referencial PM&A (planejamento, monitoramento e avaliação), incorporando um modelo de práticas baseadas em evidências científicas, segurança e garantia de direitos.

Trata-se de uma pesquisa incorporada ao projeto "Qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividade de ensino", do tipo estudo de caso único. O trabalho em tela utilizará como técnicas de coletas de dados a entrevista, a observação participante, e a análise documental. Esta combinação de técnicas permitirá à pesquisadora a compreensão dos aspectos intervenientes ao processo de implementação do cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual.

Possui enfoque na implementação e capilarização de boas práticas de assistência, gestão, formação e pesquisa, no contexto da atenção ao abortamento e violência sexual. A interferência nos processos de formação aponta-se como potente ferramenta à mudança no cenário de cuidado à estas mulheres, assim como tem como objetivo reverter o foco de problemas associados aos modelos tradicionais de formação.

Dentre os hospitais ensino que fazem parte do projeto original, o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) foi escolhido como unidade de análise para o estudo de caso em tela. Esta escolha baseia-se na influência que esta instituição representa na formação de vários profissionais, não apenas em nível superior, como também no nível técnico. Sendo campo de prática para diversos estudante, o que possibilita a estes o aprendizado em serviço. Além disso, o HRTN é referência de atendimento para todo o eixo norte da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), o que abrange uma população média de 1.1 milhão de habitantes, demonstrando assim a importância deste hospital para a capital mineira.

Para isto também será solicitado previamente o TCLE para os profissionais envolvidos do grupo estratégico local (GEL) em data e hora previamente acordados. E dentro de uma das técnicas do projeto, encontra-se a entrevista, que tem como objetivo captar a rotina, assistência e relação/interação do serviços e seus profissionais. As entrevistas serão gravadas, após autorização do participante. As gravações poderão ser interrompidas à qualquer momento a pedido do entrevistado.

CONFIDENCIALIDADE: A participação na pesquisa será absolutamente voluntária.

A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a (o) participante assim decidir. As informações prestadas pelas entrevistas são confidenciais e será garantido anonimato e sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. O conteúdo gravação será disponibilizado aos participantes do estudo caso seja de seu interesse.

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS: O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na assistência à mulher em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual, dando publicidade às ações realizadas pela instituição. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da entrevista. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS - PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para o (a) entrevistado (a) e outra será arquivada pela pesquisadora. Caso a dúvida persista ou a demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com a pesquisadora responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa

ASPECTOS ÉTICOS: Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados.

Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde nº 466/12. Eu declaro ter sido informada (o) e concordo, como voluntária (o), desta pesquisa.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) participante

Instituição executora: Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG. Escola de Enfermagem. Departamento Materno Infantil e Saúde Pública - UFMG/EE/EMI. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 - 4º andar. Santa Efigênia - 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025. Email: ec.abortoviolenca.hrtn@gmail.com

Apêndice IV – TLCE para a participação na observação

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa - TCLE

OBSERVAÇÃO

A pesquisa tem como objetivo analisar os movimentos realizados por uma maternidade participante do *ApiceOn* em prol da implementação da humanização no cuidado às mulheres em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual, sob a ótica do referencial PM&A (planejamento, monitoramento e avaliação), incorporando um modelo de práticas baseadas em evidências científicas, segurança e garantia de direitos.

Trata-se de uma pesquisa incorporada ao projeto "Qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividade de ensino", do tipo estudo de caso único. O trabalho em tela utilizará como técnicas de coletas de dados a entrevista, a observação participante, e a análise documental. Esta combinação de técnicas permitirá à pesquisadora a compreensão dos aspectos intervenientes ao processo de implementação do cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento, aborto legal, e violência sexual.

Possui enfoque na implementação e capilarização de boas práticas de assistência, gestão, formação e pesquisa, no contexto da atenção ao abortamento e violência sexual. A interferência nos processos de formação aponta-se como potente ferramenta à mudança no cenário de cuidado à estas mulheres, assim como tem como objetivo reverter o foco de problemas associados aos modelos tradicionais de formação.

Dentre os hospitais ensino que fazem parte do projeto original, o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) foi escolhido como unidade de análise para o estudo de caso em tela. Esta escolha baseia-se na influência que esta instituição representa na formação de vários profissionais, não apenas em nível superior, como também no nível técnico. Sendo campo de prática para diversos estudante, o que possibilita a estes o aprendizado em serviço. Além disso, o HRTN é referência de atendimento para todo o eixo norte da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), o que abrange uma população média de 1.1 milhão de habitantes, demonstrando assim a importância deste hospital para a capital mineira.

Para isto também será solicitado previamente o TCLE para os profissionais participantes das reuniões do Grupo Estratégico Local (GEL) com o objetivo de apreender as relações interpessoais, interprofissionais e os movimentos realizados pelo coletivo em prol da qualificação da assistência. E dentro de uma das técnicas do projeto, encontra-se a observação, que tem como objetivo captar a rotina, assistência e relação/interação do serviços e seus profissionais. As observações serão realizadas pela própria pesquisadora, com a confecção de anotações durante o processo. A observação poderá ser interrompida a qualquer momento a pedido do participante.

CONFIDENCIALIDADE: A participação na pesquisa será absolutamente voluntária. A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a (o) participante assim decidir. As informações prestadas pelas observações são confidenciais e será garantido anonimato e sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. O conteúdo da anotação será disponibilizado aos participantes do estudo caso seja de seu interesse.

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS: O benefício direto desta pesquisa é colaborar para identificar potencialidades e fragilidades na assistência à mulher em situação de aborto legal, e violência sexual, dando publicidade às ações realizadas pela instituição. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da observação. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS - PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para o (a) entrevistado (a) e outra será arquivada pela pesquisadora. Caso a dúvida persista ou a demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com a pesquisadora responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa

ASPECTOS ÉTICOS: Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos, após os mesmos podem ser descartados.

Cumprindo assim a Resolução do Conselho de Saúde nº 466/12. Eu declaro ter sido informada (o) e concordo, como voluntária (o), desta pesquisa.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) participante

Instituição executora: Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG. Escola de Enfermagem. Departamento Materno Infantil e Saúde Pública - UFMG/EE/EMI. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428 - 4º andar. Santa Efigênia - 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025. Email: ec.abortoviolenca.hrtn@gmail.com

ANEXOS**Anexo I – Parecer COEP-UFMG para o projeto "Avaliação para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividades de ensino"**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

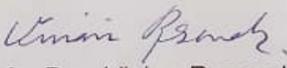
Projeto: CAAE – 64771917.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Kleyde Ventura de Souza
Depto. Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de abril de 2017, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação para qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais com atividades de ensino**", bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep: 31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo II – Parecer do NEPE-HRTN para o projeto



PROCESSO Nº 26/2019

Título do Projeto: Assistência à mulher em situação de abortamento e violência sexual em uma maternidade do Projeto Ápice On.

Pesquisadora: Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz.

Equipe de Pesquisadores: Kleyde Ventura de Souza (Orientadora) e Walkiria Fernandes Camilo Ferreira Diniz. Pesquisa realizada com a finalidade de conclusão de mestrado.

Parecer: Com a apresentação da documentação solicitada atendendo às exigências, o Colegiado do NEPE posiciona-se favorável à realização da pesquisa nas dependências do HRTN.

VIGÊNCIA DO PARECER: Este Projeto tem validade de 05 (cinco) anos a partir da data do parecer final. O Relatório final das atividades com as publicações e produções científicas geradas a partir deste estudo deverá ser encaminhado ao NEPE após a conclusão do mesmo.


 Rafael Calvão Barbuto
 Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
 HRTN/FUNDEP/UFMG



Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

Anexo III – Diagnóstico situacional HRNT para a dimensão “Boas práticas de atenção ao abortamento”

Dimensão - Atenção			
Diretriz - Boas Práticas de Atenção			
DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	Diagnóstico Inicial, segundo escala avaliativa do projeto ApiceON*	Situação Atual, segundo escala avaliativa do projeto ApiceON*
4) Boas práticas na atenção ao abortamento Adoção do conjunto de práticas de atenção às mulheres em situação de abortamento e aborto legal regulamentadas pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2011)	4.1) Utilização do protocolo de atendimento ao abortamento adotado conforme Norma Técnica (MS, 2011)	3 (intermediário)	4 (Avançado)
	4.2) Oferta de informações sobre os métodos contraceptivos	3	3
	4.3) Oferta de inserção imediata de DIU com cobre pós abortamento imediato para mulheres que não desejam engravidar, assim como orientações para as mulheres que desejem nova gravidez	3	3
	4.4) Garantia de privacidade da mulher durante todo o atendimento (em ambiente separado do puerpério)	3	3
	4.5) Condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo Norma Técnica do MS/2010, com disponibilização da técnica da AMIU (até 12ª IG), técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com as indicações.	3	4
	4.6) Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.	3	3

Fonte: Diagnóstico Situacional do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo IV – Plano operacional anual do HRTN para a dimensão “Boas práticas de atenção ao abortamento”

Componente - Atenção					
Diretriz - Boas Práticas de Atenção					
Programação local com base na meta geral e na singularidade do hospital					
Dimensão	INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS
	Indicador	Linha de base	Meta local		
	Documento institucional formalizando a adoção das boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal, contemplando orientações para: *Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.	O protocolo de atendimento ao abortamento está em construção/ avaliação	Protocolo instituído e funcionando na maternidade do HRTN	Finalizar construção do protocolo de atendimento em situação de abortamento previsto em lei	out-19
	Utilização do protocolo do MS	O protocolo de atendimento ao abortamento está em construção em consonância com o protocolo do MS	Protocolo instituído e funcionando na maternidade do HRTN	Alinhar condutas relacionadas aos casos de mulheres em situação de abortamento em consonância com o protocolo do MS	ago-18
	Oferta de informações sobre os métodos contraceptivos	Na alta hospitalar e referenciamento da mulher para a rede	Manter orientações na alta e avaliar criteriosamente os casos em que for necessário o encaminhamento para a rede	Orientar as mulheres em situação de abortamento sobre os métodos contraceptivos e ofertar inserção imediata do DIU	ago-18

<p>2.4 Boas práticas na atenção ao abortamento</p> <p>Adoção do conjunto de práticas de atenção às mulheres em situação de abortamento e aborto legal regulamentadas pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2011)</p>	<p>Oferta de inserção imediata de DIU com cobre pós-abortamento e orientações para as mulheres que não desejem nova gravidez</p>	<p>Aguardando a definição da SMSA sobre o acompanhamento destas pacientes.</p>	<p>Realizar inserção imediata de DIU nestes casos garantindo o acompanhamento desta mulher na rede</p>	<p>Manter contato com a SMSA para retorno breve da definição de como será o acompanhamento destas pacientes</p>	<p>8/1/18</p>
				<p>Treinar médicos e enfermeiros para implantação do DIU</p>	<p>8/1/18</p>
	<p>Atendimento com garantia de privacidade da mulher em ambiente separado do puerpério</p>	<p>As pacientes em situação de abortamento ficam em um local separado das parturientes (2ºB).</p>	<p>Manter conduta de encaminhar pacientes em situação de abortamento para o 2ºB</p>	<p>Manter conduta de encaminhar pacientes em situação de abortamento para o 2ºB</p>	<p>8/1/18</p>
	<p>Condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo Norma Técnica do MS/2010, com disponibilização da técnica da AMIU (até 12ª IG), técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com as indicações</p>	<p>A instituição conta com o uso do Misoprostol de 200mcg e realiza curetagem de acordo com indicação.</p>	<p>Manter conduta e avaliar criteriosamente cada caso</p>	<p>Criação de oficinas com o tema ética profissional voltado para as questões do abortamento, adoção e usuárias AD.</p>	<p>8/8/18</p>
				<p>Preencher ficha de indicador para encaminhar a TI</p>	<p>set-19</p>

	Percentual de utilização de aspiração manual intrauterina (AMIU) pós-abortamento		Levantar os prontuários de pacientes em situação de abortamento dos meses de maio, junho e julho e rastrear a utilização do AMIU.	set-19
--	--	--	---	--------

Fonte: Plano Operativo Anual do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo V – Diagnóstico situacional do HRTN para dimensão “Boas práticas de atenção à mulher em situação de violência sexual”

Componente - Atenção			
Diretriz: Boas Práticas de Atenção			
DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	Diagnóstico Inicial segundo escala avaliativa do projeto ApiceON*	Situação Atual segundo escala avaliativa do projeto ApiceON*
5) Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual	5.1) Garantia de privacidade da mulher para consulta clínica em local específico	3 (intermediário)	3 (intermediário)
	5.2) Equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos	3	3
	5.3) Normativas, protocolos ou fluxos implementados para atendimento às mulheres em situação de violência sexual, contemplando: trabalho em equipe, notificação compulsória em 24 horas, acompanhamento do seguimento ambulatorial, disponibilização de medicações, vacinas e exames	3	3
	5.4) Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.	3	3

Fonte: Diagnóstico Situacional do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo VI – Plano operacional anual para a dimensão “Boas práticas de atenção à mulher em situação de violência sexual”

Componente: Atenção					
Diretriz: Boas práticas de atenção					
Programação local com base na meta geral e na realidade singular do hospital					
Dimensão	INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS
	Indicador	Linha de base	Meta local		
	<p>Documento institucional formalizando a adoção das boas práticas de atenção às mulheres em situação de violência sexual, contemplando orientações para: *</p> <p>Atendimento com garantia de privacidade para consulta clínica em local específico</p>			<p>Buscar as normas e regulamentações do MS para estruturar o serviço no HRTN</p>	ago-18
	<p>• estruturação de equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e</p>	<p>A maternidade do HRTN não é referência para o atendimento de pacientes em situação de violência. Quando</p>	<p>Tornar-se centro de referência para atendimento desse perfil de pacientes</p>	<p>Conhecer outros serviços que já prestam esse atendimento, como MOV e HJK</p>	

5) Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual	farmacêuticos	recebemos casos de violência sexual, a instituição presta o primeiro atendimento e encaminha a paciente para acompanhamento no Hospital Odilon Berhens ou Júlia Kubitschek		
			Discutir com a SMSA e a equipe de Saúde da Mulher o matriciamento para implementação do serviço no HRTN	8/10/18
			Discutir com a Diretoria do hospital sobre a temática	8/23/18
			Reunião para definição de fluxo de atendimento as mulheres em situação de violência sexual	8/27/18
			Realização de seminário sobre assistência multiprofissional a vítimas de violência para organização do serviço.	12/5/18

Fonte: Plano Operativo Anual do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo VII – Diagnóstico situacional do HRNT para a dimensão “Integração ensino, serviço e educação permanente”

Componente: Ensino/ Formação			
Diretriz: Integração ensino e serviço			
DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	Diagnóstico Inicial	Situação Atual
1) Integração ensino e serviço e educação permanente	1.1) Formalização de programa de integração ensino e serviço, com espaços pactuados de gestão do programa envolvendo atenção e ensino	3	3
	1.2) Formalização de plano de educação permanente programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual baseados em evidências científicas e garantia de direitos;	3	3
	1.3) Formalização de estratégias de monitoramento do número e categoria dos gestores, profissionais, preceptores e estudantes que participam das ações de qualificação;	3	3
	1.4) Formalização de estratégias de avaliação das transformações na ação diária dos profissionais e estudantes que participam das ações de qualificação	3	3
	1.5) Boas práticas de atenção ao parto, nascimento e abortamento, planejamento reprodutivo e atenção integral às mulheres em situação de violência sexual presentes nos conteúdos dos programas de ensino	3	3
	1.6) Conteúdos transversais como integralidade, humanização, gênero, têm sido assegurados durante o planejamento e realização das ações de qualificação	3	3
	1.7) Realização de reuniões multiprofissionais de estudos de caso clínico e gestão do cuidado	3	3
	1.8) Oferta de campo de prática para formação de Enfermeiras Obstétricas ou obstetrizes	3	4
	1.9) Oferta de atividades formativas aos preceptores com foco no desenvolvimento de suas atividades pedagógicas para a função de preceptoria	3	3
	1.10) Oferta de atividades formativas aos preceptores com foco nas boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido	3	3

1.11) Oferta de ações de qualificação com foco em temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual baseados em evidências científicas e garantia de direitos	3	4
1.12) Oferta de ações de ensino compartilhadas entre os Programas de Residência existente na instituição e/ou na rede de atenção à saúde	3	3
1.13) Oferta de campo de prática para a formação de profissionais de nível médio e de graduação	3	3
1.14) Existência do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica	3	3

Fonte: Diagnóstico Situacional do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo VIII – Diagnóstico situacional HRTN para a dimensão “Gestão participativa e compartilhada”

Componente: Gestão			
Diretriz: Cogestão			
DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	Diagnóstico Inicial	Situação Atual
1) Gestão participativa e compartilhada Entende-se por gestão compartilhada a garantia de espaços de ampliação da participação de trabalhadores e usuários, neste caso fortalecendo os mecanismos de democratização da gestão nas maternidades e buscando a corresponsabilização das equipes nas decisões de gestão e na organização dos processos de trabalho.	Existência de colegiado gestor na maternidade ou outro mecanismo de cogestão em funcionamento, com participação de trabalhadores, residentes e representantes do setor de ensino, com registro sistemático das deliberações	3	3
	Existência de instâncias colegiadas com representação multiprofissional e em funcionamento ativo, com reuniões sistemáticas e acompanhamento das decisões coletivas nas áreas de obstetrícia e neonatologia.	3	3
	Participação de residentes e representantes do setor de ensino nas instâncias colegiadas (colegiados gestores e outras instâncias coletivas)	3	3
	Estratégias de fomento do trabalho em equipe abrangendo: reuniões sistemáticas das equipes multiprofissionais para discussão de processos de trabalho, utilização de prontuário integrado e alta compartilhada.	3	3
	Existência de equipes horizontais como estratégia para a continuidade do cuidado	3	4
	Informações visuais fixadas em local público sobre direitos dos usuários e sobre funcionamento dos serviços abrangendo: vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores em cada período de trabalho	3	3
	Existência de mecanismos de escuta de trabalhadores	3	3
	Existência de mecanismos de escuta de alunos	3	3
	Realização de levantamentos avaliativos de satisfação de trabalhadores	3	3
Realização de levantamentos avaliativos de satisfação de alunos	3	3	

Fonte: Diagnóstico Situacional do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo XI – Diagnóstico situacional do HRTN para a dimensão “Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes”

Componente: Gestão			
Diretriz: Cogestão			
DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	Diagnóstico Inicial	Situação Atual
2) Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes	Ouvidoria em funcionamento na Maternidade e utilização das informações como subsídio para o planejamento e adequações nos processos de trabalho, com garantia de resposta às usuárias, familiares e/ou acompanhantes	3	4
	Pesquisas de satisfação com usuárias, familiares e/ou acompanhantes	3	3
	Caixas de sugestão e uso das informações para a qualificação dos processos de trabalho	3	3
	Reuniões sistemáticas com acompanhantes e usuárias para escuta cotidiana das questões pertinentes ao atendimento no serviço	3	3

Fonte: Diagnóstico Situacional do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Anexo X – Plano operativo anual do HRTN para a dimensão “Gestão participativa e compartilhada”

Fonte: Plano Operativo Anual do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).

Dimensão	INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES
	Indicador	Linha de base	Meta local	
Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes	Ouvidoria em funcionamento no serviço	A ouvidoria da instituição é ativa.	Manter	
	Relatórios de avaliação e encaminhamentos com base na Ouvidoria	A ouvidoria solicita resposta com prioridade das demandas dos pacientes e acompanhantes diretamente com as coordenações ou supervisões.	Manter	
	Mecanismos implementados para escuta de usuárias e acompanhantes	As usuárias podem expor suas sugestões e reclamações através da ouvidoria (e-mail, telefone e presencial). Além disso, contam com a pesquisa de satisfação que fica disponível em tempo integral na recepção de cada andar e é coordenada pela Qualidade.	Manter	<p>Criar um livro de relato das puerperas ou acompanhantes sobre sua experiência de parto e nascimento na maternidade do HRTN</p> <p>Roda de conversa com familiares dos neonatos próximo ao período de alta reforçando orientações e esclarecendo dúvidas com registro em lista de presença</p> <p>Disponibilizar nas bancadas das secretarias da maternidade e divulgar na INTRANET do hospital e nas visitas prévias das gestantes à maternidade tendo o cuidado de preservar a identidade de quem escreveu o relato, caso a pessoa tenha se identificado.</p> <p>Sensibilizar a equipe da maternidade para esta ação no colegiado gestor</p>
	Relatórios de avaliações de satisfação de usuárias e acompanhantes	Realiza relatórios anuais	Manter	

Anexo XI – Plano operativa anual do HRTN para a dimensão “Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes”

Dimensão	INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	
	Indicador	Linha de base	Meta local			
Espaços de escuta dos usuários e/ou familiares e acompanhantes	Ouvidoria em funcionamento no serviço	A ouvidoria da instituição é ativa.	Manter			
	Relatórios de avaliação e encaminhamentos com base na Ouvidoria	A ouvidoria solicita resposta com prioridade das demandas dos pacientes e acompanhantes diretamente com as coordenações ou supervisões.	Manter			
	Mecanismos implementados	As usuárias podem expor suas sugestões e reclamações através da ouvidoria (e-mail, telefone e presencial). Além			Criar um livro de relato das puérperas ou acompanhantes sobre sua experiência de parto e nascimento na maternidade do HRTN	set-18
					Roda de conversa com familiares dos neonatos próximo ao período de alta reforçando orientações e esclarecendo dúvidas com registro em lista de presença	ago-18

implementados para escuta de usuárias e acompanhantes	disso, contam com a pesquisa de satisfação que fica disponível em tempo integral na recepção de cada andar e é coordenada pela Qualidade.	Manter	Disponibilizar nas bancadas das secretarias da maternidade e divulgar na INTRANET do hospital e nas visitas prévias das gestantes à maternidade tendo o cuidado de preservar a identidade de quem escreveu o relato, caso a pessoa tenha se identificado.	9/1/18
			Sensibilizar a equipe da maternidade para esta ação no colegiado gestor	9/1/18
Relatórios de avaliações de satisfação de usuárias e acompanhantes	Realiza relatórios anuais	Manter		

Fonte: Plano Operativo Anual do Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2020 (adaptado).