

Laryssa de Col Dalazoana Bier

Universidade Estadual de Ponta Grossa
(Ponta Grossa, Paraná, Brasil)
laryssadalazoana@yahoo.com.br

Márcia Regina Carletto

Universidade Estadual de Ponta Grossa
(Ponta Grossa, Paraná, Brasil)
marciahcarletto@uol.com.br

Ana Paula Xavier Ravelli

Universidade Estadual de Ponta Grossa
(Ponta Grossa, Paraná, Brasil)
anapxr@hotmail.com

Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Universidade Estadual de Ponta Grossa
(Ponta Grossa, Paraná, Brasil)
pollyannakassia@hotmail.com

Olhares da Gestão Hospitalar sobre a Mortalidade Perinatal:
Contextualização e Perspectivas

Hospital Management Perspectives on Perinatal Mortality:
Contextualization and Perspectives

RESUMO

Este é um estudo qualitativo que teve como objetivo analisar a mortalidade perinatal sob a perspectiva de gestores hospitalares. Foram entrevistados gestores de três maternidades de hospitais públicos e privados. Os dados foram coletados por meio de entrevista e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. As unidades de registro foram organizadas em: contextualizando os óbitos perinatais, ações que funcionam, estruturando a equipe e caminhando para as mudanças. Resultados demonstram que a visão dos gestores sobre o óbito perinatal não é homogênea, fato que não surpreende tendo em vista as particularidades, necessidades, responsabilidades e demandas eminentes das suas funções. No entanto, questões complementares estão presentes na visão da maioria deles, como as fragilidades do processo, a melhoria no atendimento, as deficiências estruturais e a gestão das informações das pacientes ao longo do percurso pré-natal.

Palavras-Chave: Gestão hospitalar; mortalidade perinatal; assistência.

ABSTRACT

This is a qualitative study that aimed to analyze perinatal mortality from the perspective of hospital managers. Managers of three maternity hospitals of public and private hospitals were interviewed. Data were collected through interviews and analyzed using the content analysis technique. The registration units were organized into: contextualizing perinatal deaths, actions that work, structuring the team and moving towards change. Results showed that managers' view of perinatal death is not homogeneous, a fact that is not surprising given the particularities, needs, responsibilities and imminent demands of their roles. However, complementary issues are present in their majority view such as process weaknesses, improved care, structural deficiencies, and patient information management along the prenatal care path.

Keywords: Hospital management; perinatal mortality; assistance.

Introdução

A ação administrativa pode captar soluções viáveis para redução da mortalidade perinatal se a teoria de boas práticas de gestão e assistenciais for incorporada à prática. Para Okonofua *et al.* (2017) todas as perspectivas teóricas de campos da saúde são importantes para se compreender os motivos que geram problemas de complicação na gravidez em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Como responsável pela administração, o gestor hospitalar possui importância nesse cenário. No caso da mortalidade perinatal, ele é responsável por organizar ações, campanhas, fiscalizar registros, entre outras atividades. Esse profissional pode averiguar os locais onde há maior risco para gestantes e crianças, direcionando equipes e implementando estratégias locais para captação desse público. Além disso, Okonofua *et al.* (2017) complementam que o gestor é quem organiza as funções, de modo a ser responsável pela integração e socialização da equipe, o que auxilia nos aspectos cooperativos do trabalho.

Nesta pesquisa o gestor representa a unidade hospitalar, sendo ele administrativo, técnico ou pediátrico. Essas três categorias de gestores foram entrevistadas a fim de se verificar suas perspectivas sobre contribuições do gestor para a redução da mortalidade perinatal. O objeto de estudo é a unidade de saúde, espaço onde a redução da mortalidade perinatal é urgente.

Rodrigues (2017) afirma que o acompanhamento dos profissionais da saúde pela gestão, desde o pré-natal, reduz as mortes perinatais. Na perspectiva da administração, é necessário efetuar o controle das consultas, verificar se há presença ou número mínimo aceitável de comparecimentos das gestantes ao médico, além de dar condições para uma alimentação adequada para a criança nas primeiras semanas. Isso inclui armazenar e administrar bancos de leite para incentivar as mães que amamentam a realizarem doações, visando à ajudar aquelas que possuem dificuldades, entre outras questões. Além disso, os cuidados hospitalares precisam ser verificados constantemente, pois pode haver variação no atendimento. A humanização ingressa nesse aspecto como um princípio a ser trabalhado e seguido pelo gestor, pois tal ato parte dos profissionais da saúde para o paciente e da gestão para os colaboradores.

Em casos de morte perinatal, é fundamental que o gestor facilite o trabalho investigativo causal, para reparar a situação por meio de uma avaliação diagnóstica (saber o que aconteceu) e formativa (reparar o problema causador). A partir da documentação adequada, o administrador pode efetuar um planejamento estratégico para a redução da mortalidade perinatal, focado na participação de toda a equipe.

Há quase duas décadas, a Resolução CES/PR n. 29/02 propôs que os municípios paranaenses tivessem Comitês Municipais de Prevenção das mortes maternas e infantis. O Conselho Federal de Medicina (CFM) também regulamentou, a partir da Resolução n. 2171, de 30 de outubro de 2017, que todo hospital tenha comissão própria de investigação dos óbitos. Assim, seja no âmbito municipal ou local, o gestor tem a responsabilidade de fazer a

implantação dessas medidas funcionar, melhorando os indicadores e os determinantes dos óbitos perinatais no hospital em que atua.

É essencial que o gestor busque alternativas diferenciadas para diminuir o problema da mortalidade perinatal. Conhecer a sua realidade, modificar estruturas hierárquicas, mediar treinamentos e repensar aspectos estratégicos para a solução do problema contribuem para a redução das mortes infantis, em especial das evitáveis, contempladas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é signatário (Carlo & Travers, 2016).

Assim, a justificativa dessa pesquisa pauta-se na equivalência da responsabilidade dos serviços e profissionais da saúde de contribuir para a execução da meta de redução dos óbitos infantis, contemplados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, perante o olhar da gestão. Em teoria, a gestão deveria estar organizada para ser resolutiva e garantir a integralidade do cuidado à população. No entanto, nem sempre esse padrão de qualidade é alcançado. Cabe ao gestor efetuar uma leitura da realidade em que a instituição se encontra, buscando captar recursos para atender às demandas sociais existentes. Vale ressaltar ainda a importância de uma gestão hospitalar democrática, voltada para a ouvidoria e o atendimento dos problemas identificados pela equipe de saúde.

Fadel, Schneider, Moimaz e Saliba (2009) reiteram que, com mais informação, o gestor pode analisar as estatísticas de mortalidade perinatal e promover mudanças, visando a diminuir os índices em seu contexto de ação. Assim, a presente pesquisa contribui para a área da saúde materno-infantil, ao reiterar a posição do gestor como agente direto da prevenção da mortalidade perinatal, pois ele atua junto à equipe de saúde, faz análises estatísticas e promove novo olhar da sua responsabilidade na gestão.

Desse modo, a pesquisa realizada objetivou analisar a visão do gestor hospitalar sobre o seu papel na mortalidade perinatal. Para que tal objetivo fosse alcançado, identificaram-se, na perspectiva do gestor, a sua importância profissional para a redução da mortalidade perinatal, a descrição de suas ações e representações de tal problemática, e as mudanças possíveis para o campo de trabalho em que atua.

A atuação do gestor para redução da mortalidade perinatal: um olhar teórico

Segundo Okonofua *et al.* (2017), nem todos os gestores possuem capacitação para as atividades profissionais que desempenham, principalmente em se tratando de mortalidade perinatal. Com esse desconhecimento, eles agem a partir de suas práticas e convicções pessoais. Em grande parte dos casos analisados pelos autores, verifica-se que os colaboradores conhecem a existência de políticas administrativas nos hospitais, mas não sabem os motivos da sua existência e os detalhes que as regem.

A transferência de pacientes de risco, a eminente fiscalização das normatizações internas estabelecidas e o foco nos objetivos são ações que podem ser estimuladas pelo gestor. Aliás, para Okonofua *et al.* (2017), a interdisciplinaridade também pode ser trabalhada mediante o empoderamento dos colaboradores sob a perspectiva do olhar da gestão.

Essas ações facilitam o andamento de todas as atividades hospitalares, e, em especial, podem colaborar para a diminuição da mortalidade infantil. Logo, por mais que protocolos sejam desenvolvidos, treinamentos realizados e procedimentos inovados, é possível que uma gestão inadequada acarrete a incidência de mortes perinatais. Conforme Okonofua *et al.* (2017, p. 9), “ficou evidente que os esforços não foram feitos pela gestão hospitalar para desenvolver e documentar políticas e planos de ação para a prevenção de mortes”.

Fadel *et al.* (2009) afirmam que otimizar os serviços públicos é um desafio que não parte exclusivamente da equipe de saúde, mas do gestor. Isso porque grande parte dos profissionais de saúde não possui formação para compreender aspectos administrativos da sua função, o que traz à tona a necessidade de contratação de um gestor hospitalar.

No caso da mortalidade perinatal, o gestor hospitalar é responsável por organizar ações e campanhas, fiscalizar registros, entre outras atividades. Ele pode averiguar os locais onde há maior risco para gestantes e crianças, direcionando equipes e formulando estratégias locais para captação desse público. Okonofua *et al.* (2017) complementam que o gestor é quem organiza as funções, se responsabilizando pela integração e socialização da equipe, o que ajuda nos aspectos cooperativos do trabalho.

Cabe também ao gestor implantar as normativas de políticas públicas. Em teoria, é necessário que “Estados e Municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação visando à garantia de ações integrais e resolutivas, capazes de verdadeiramente impactar sobre os problemas de saúde da população” (Fadel *et al.*, 2009, p.449).

Na prática, cabe ao gestor realizar uma leitura da realidade em que a instituição se encontra, buscando captar recursos para atender as demandas sociais existentes. Vale ressaltar ainda a importância de uma gestão hospitalar democrática, voltada para a ouvidoria e o atendimento dos problemas identificados pela equipe de saúde. Fadel *et al.* (2009) reiteram que, com maior informação, o gestor pode analisar as estatísticas de mortalidade perinatal e promover mudanças, visando a diminuir os índices no seu contexto de ação.

Fadel *et al.* (2009) observam que o trabalho do gestor hospitalar é fragmentado e limita suas ações perante um campo mais amplo. A municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) pode promover maior facilidade de acesso a dados locais, mas, ao mesmo tempo, dificulta o diálogo com instâncias superiores. Dessa forma, cabe ao gestor oferecer dados concretos para captar recursos e aprimorar campanhas focadas nos aspectos que determinam a mortalidade perinatal em sua localidade.

Rodrigues (2017) afirma que o acompanhamento dos profissionais da saúde pela gestão, desde o pré-natal, reduz as mortes perinatais. Na perspectiva da administração, é necessário efetuar o controle das consultas, verificar se há presença ou número mínimo aceitável de comparecimentos das gestantes ao médico, além de dar condições para uma alimentação adequada para a criança nas primeiras semanas. Isso inclui armazenar e administrar bancos de leite para incentivar as mães que amamentam a realizarem doações, visando à ajudar aquelas que possuem dificuldades, entre outras questões.

Segundo Rodrigues (2017), também é preciso verificar os cuidados hospitalares constantemente, pois pode haver variação no atendimento. A humanização ingressa nesse

aspecto como um princípio a ser trabalhado e seguido pelo gestor, pois tal ato parte dos profissionais da saúde para o paciente e da gestão para os colaboradores.

Em casos de mortalidade perinatal, é fundamental que o gestor facilite o trabalho investigativo causal, para reparar a situação por meio de uma avaliação diagnóstica (saber o que aconteceu) e formativa (reparar o problema causador). Um documento que pode auxiliar nesse diagnóstico é a Declaração de Óbito.

Tais informações são relevantes para elaboração de indicadores de saúde, avaliação das causas de morte, identificação e compreensão dos fatores de risco envolvidos, que subsidiam a definição de prioridades em políticas públicas em saúde e estratégias de prevenção, além de serem úteis para estudos científicos (Rodrigues, 2017). Com a documentação adequada, o administrador pode efetuar um planejamento estratégico focado na participação de toda a equipe para a redução da mortalidade perinatal. Entretanto, é importante que o documento esteja acessível em tempo hábil e que as estratégias estabelecidas sejam exercidas mediante o comprometimento geral.

Nos dias atuais, a Resolução CES/PR n. 29/02 salienta que os municípios devem ter Comitês Municipais de Prevenção das mortes maternas e infantis. Conforme aponta a normativa, o Paraná busca trazer para a prática o que está implícito na documentação, cujo objetivo é fornecer estrutura material e humana para prevenir as mortes perinatais. O gestor tem a responsabilidade de fazer a implantação dessa medida funcionar, melhorando os indicadores e os determinantes da mortalidade perinatal no hospital em que atua.

Carlo e Travers (2016) enfatizam que o administrador deve estar comprometido com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nos quais consta a redução da mortalidade infantil. Porém, o reconhecimento deles não basta para resolver o problema. A implantação de programas locais também deve ser constante.

Além disso, é fundamental que a gestão não se concentre apenas na gestante ou no período após o nascimento do bebê, mas em todo o período perinatal. Carlo e Travers (2016) reconhecem que os recursos recebidos para efetuar uma mudança significativa ainda são escassos, cabendo ao gestor a administração correta dos recursos que possui.

Assim, por mais problemática que seja a realidade da unidade de saúde, é essencial que o gestor busque alternativas diferenciadas para diminuir o problema da mortalidade perinatal, conhecendo a sua realidade, promovendo campanhas, modificando estruturas hierárquicas, mediando treinamentos e repensando aspectos estratégicos na resolução do problema. O seu papel deve ser o de dinamizar as ações, organizar e planejar com base nas informações que possui e mediar as relações entre a equipe e as metas estipuladas pela OMS.

De forma integrada, a postura do gestor não deve ser autoritária ou vertical, mas interligada ao trabalho dos profissionais da saúde. Carlo e Travers (2016) salientam que uma das possibilidades de aproximação da equipe é a formação do gestor na área da saúde. Independente disso, é fundamental que as áreas dialoguem, buscando como meta a redução da mortalidade perinatal na localidade em questão.

Ainda, é necessário olhar o gestor a partir da realidade da unidade hospitalar, pois cada uma possui a sua especificidade. Para Nogueira e Filippin (2018) é importante identificar as

fragilidades e limitações do seu trabalho na unidade hospitalar, pois ela é capaz de dividir teoria e prática. Em outras palavras, é importante voltar o olhar para as práticas exercidas pelo gestor e verificar se estão de acordo com as regulamentações da OMS e do Ministério da Saúde.

Interdisciplinaridade e ações para redução da mortalidade perinatal

É primordial averiguar a importância da ação interdisciplinar na redução da mortalidade perinatal. A partir da análise dos estudos de alguns autores, nota-se a validade da discussão a respeito da interdisciplinaridade no campo da saúde, sobretudo no que tange aos óbitos perinatais, visto que a qualidade de vida da mãe e do recém-nascido pode ser melhorada com atendimento adequado e trabalho conjunto e solidário.

Para Rey e Bizerril (2015) a interdisciplinaridade é uma corrente iniciada no campo educacional, que passou a ser ampliada para outras áreas e profissões, se estabelecendo mediante o contato e a sociabilização do conhecimento, afim de resolver situações complexas e promover especialidades. Os cuidados interdisciplinares em saúde envolvem diferentes campos, unidos para que haja maior conhecimento e eficácia no tratamento de determinadas doenças. Além disso, é preciso compreender a interdisciplinaridade como um valor subjetivo, que necessita de reforço constante até ser interiorizado nas práticas. Na saúde, torna-se relevante romper hierarquias e ouvir o outro para que a interdisciplinaridade se concretize.

Na perspectiva interdisciplinar, Singh, Brodish e Haney (2014) apontam que um cuidado globalizante pode ser essencial para que as estratégias de redução da mortalidade sejam efetivas. Nesse caso, o trabalho do médico ou da enfermeira não deve ser visto isoladamente, mas a partir de todo o contexto de saúde e administrativo referente àquele espaço.

Como exemplo, Singh *et al.* (2014) citam que problemas como baixo peso, pneumonia e hipotermia são considerados causas possíveis da mortalidade no continente africano. Um cuidado interdisciplinar pós-natal pode diminuir as mortes causadas por esse problemas, além de permitir constatar se a criança possui HIV, o que é mais suscetível de ocorrer em algumas localidades centrais e sul-africanas.

Esses autores evidenciaram que, em alguns países da África Subsaariana, o atendimento pós-neonatal é mais efetivo quando realizado por uma equipe comprometida, focada e informada dos problemas, o que parte da importância do histórico médico. Segundo Ellard *et al.* (2014), essa mesma realidade acontece no Brasil. É nítida a diferença entre os resultados quando a equipe multinível entra em cena e apresenta soluções conjuntas.

No seu estudo, Singh *et al.* (2014) encontraram diferença significativa de mais de 50% de diminuição de morte perinatal após capacitação técnica na área obstétrica, o que comprova a necessidade de ampliar esse tipo de conhecimento. Nas suas palavras, "os países devem continuar a promover a PNC (*Post Natal Care*) como um meio de prevenir a mortalidade neonatal e melhorar a saúde do recém-nascido. Os níveis atuais de oferta de PNC são baixos, e há evidências para apoiar o aumento de escala" (Singh *et al.*, 2014, p.16).

Ações de cuidado interdisciplinar foram retratadas ainda por Ellard *et al.* (2014), os quais enfatizaram o treinamento para médicos e não-médicos com enfoque na liderança e nos cuidados neonatais específicos, visando a reduzir a mortalidade infantil no Malawi. Na ótica dos autores, o treinamento é uma etapa fundamental do trabalho interdisciplinar, de modo que não é eficaz destacar apenas aspectos de saúde, mas também de liderança. Isso porque problemas relacionados com autoridade são comuns em algumas realidades, tornando válido trabalhar com os envolvidos o aspecto da horizontalidade hierárquica e a importância de todos para o alcance do objetivo comum. Os autores também observam que os países em situação de crise humanitária tendem a possuir índices maiores de mortalidade infantil. A interdisciplinaridade exercida por meio da capacitação é uma forma de diminuir esses índices.

Diferentemente da pesquisa efetuada por Singh *et al.* (2014), o estudo de Ellard *et al.* (2014) não especifica os cuidados pós-neonatais, mas abrange uma preocupação geral que deve ser compartilhada por todos os membros da equipe. Isso não significa que o papel de cada agente não deva ser especificado. Ao contrário, significa que a interação e a compreensão geral da situação devem mediar empecilhos.

Além disso, um treinamento interdisciplinar não pode ter durabilidade muito curta, pois os conhecimentos apreendidos podem não ser maduros o suficiente para articularem teoria e prática em tempo hábil. Assim, o treinamento deve possuir durabilidade maior ou ser efetinado em quantidade maior. Outra contribuição importante do trabalho interdisciplinar se dá quando o treinamento é feito pelos próprios colaboradores, mais familiarizados com a teoria e com a prática.

Além de possibilitar a formação de líderes, tal treinamento cooperativo pode motivar a realização de um trabalho mais elaborado e focado no objetivo de redução da mortalidade infantil. Na sua pesquisa, Ellard *et al.* (2014, p. 40) verificaram que

os formandos falam com orgulho, entusiasmo sobre o treinamento de liderança; sobre como isso os ajudou a trazer mudanças no atendimento clínico. Para muitos, foi uma revelação que, adotando uma abordagem diferente, eles conseguiram muito. Os formandos desenvolveram uma abordagem colaborativa para trabalhar com os colegas, particularmente os enfermeiros, que não estavam lá antes; eles se sentiram capacitados para abordar a administração sobre questões, incluindo ser estratégico na busca, descoberta ou uso de recursos. Os obstetras visitantes comentam positivamente sobre o impacto do treinamento de liderança.

Essas evidências revelaram que o projeto de treinamento desempenhado na realidade do Malawi foi significativo não só para os enfermeiros, mas também para os obstetras. Entretanto, se o treinamento for igualmente fornecido para gestores, pediatras e outros envolvidos, a otimização do processo pode ser ainda mais satisfatória. Vale lembrar que, para Ellard *et al.* (2014), o treinamento necessita estar focado na redução da mortalidade por meio da pesagem constante da gestante, da facilitação das consultas e do alcance a populações de

maior risco e vulnerabilidade social, bem como das mães com doenças prévias ou histórico de outras perdas perinatais.

Tal constatação também foi feita por Ariff *et al.* (2010) na realidade paquistanesa. Eles investigaram o processo de avaliação de competências a partir de uma equipe multinível atuante em questões neonatais de saúde pública. O treinamento foi novamente tratado como processo central do aprimoramento da equipe no campo de trabalho.

Na visão dos autores, o período de maior preocupação com a mortalidade infantil é até as quatro primeiras semanas de vida. Na realidade paquistanesa, as infecções, a prematuridade e a asfixia também são causas de grande apreensão, como ocorre no Brasil, de acordo com Almeida (2018) e Carlo e Travers (2016).

O trabalho interdisciplinar é visto por Ariff *et al.* (2010) como forma de diminuir a mortalidade perinatal e neonatal por possibilitar aperfeiçoar parteiras, auxiliar no empoderamento dos profissionais e desenvolver mudanças, baseadas em uma lógica hierárquica horizontal. Eles valorizam ainda os cuidados de saúde interdisciplinares de longo prazo, pois acreditam que o desempenho abaixo do esperado em países do Terceiro Mundo não decorre da falta de treinamento, mas da falta de fiscalização da prática.

Assim, Ariff *et al.* (2010) consideram que a avaliação é fundamental para que o trabalho conjunto seja desenvolvido de maneira ética e voltado para resultados. O treinamento deve ser realizado em unidades de saúde e hospitais, para que haja integração e padronização de atendimento em ambos os cenários.

Os autores afirmam também que o trabalho interdisciplinar necessita de bastante cuidado na perinatalidade, de modo a antever problemas antes do nascimento ou a resolvê-los com rapidez e eficácia logo após o nascimento. Entretanto, pesquisas mostram que trabalhos interdisciplinares carecem de suporte tecnológico e teórico, o que é mais difícil em países em desenvolvimento.

Dessa forma, é necessário que haja foco e investimento governamental no sistema de saúde pública, pois a precariedade de condições afeta o treinamento e a capacitação integrada para atender os casos que emanam preocupação. Para Ariff *et al.* (2010, p.10)

juntamente com a melhoria nos currículos e treinamento, é imperativo revisar a metodologia de treinamento e desenvolver meios de educação médica contínua. Talvez uma forma modificada de programa educacional, usando métodos de ensino de melhores evidências, com ênfase no programa prático de treinamento prático, possa ser implementada. Este programa pode conseqüentemente resultar em melhora significativa na mortalidade neonatal.

Ariff *et al.* (2010) concluem argumentando que não basta somente a melhoria do currículo de formação acadêmica e o treinamento focado, mas deve-se verificar quais tipos de capacitação estão sendo feitos e avaliar sua viabilidade em cada contexto de maneira especial. Programas educacionais interdisciplinares podem resolver se forem efetivamente

práticos. Não basta valorizar apenas a teoria. É preciso aplicar conhecimentos junto com a equipe, vivenciando seus problemas e orientando a sua solução no momento em que ocorrem.

Portanto, a interdisciplinaridade funciona quando há participação e envolvimento atrelado ao empoderamento dos colaboradores. A análise hierárquica horizontal também é importante para o trabalho interdisciplinar focado na redução da mortalidade perinatal, pois não engessa o poder na figura de poucos agentes, descentralizando processos e gerando maior possibilidade de atendimento qualitativo.

Educação continuada e educação permanente: o olhar da gestão

A educação continuada (EC) e a educação permanente (EP) constituem-se de processos mentais com consequências diferenciadas para os sujeitos que aprendem. Isso porque se traduzem como formas de articular a aprendizagem no tempo, na sua aplicação prática ou na discussão com outros temas.

Segundo o Ministério da Saúde (2016), a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é um dos indícios do esforço estatal para promover uma educação que acontece no longo prazo. Pelo documento, percebe-se que o sistema é uma estratégia do SUS para aprimorar o atendimento, a qualificação dos profissionais e operar mediante metodologias que proponham iniciativas de enfrentamento dos principais problemas de saúde na localidade.

A educação permanente, proposta na Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde (Anexo XL), aporta-se em princípios da educação para a saúde estabelecidos na Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007, entre outros órgãos. Tal portaria versa sobre as diretrizes de regulamentação de uma educação efetivamente permanente. Assim, o Ministério da Saúde (2016) propõe focalizar a educação interprofissional, de modo que haja aprendizagem contínua de diferentes áreas e um trabalho mais qualitativo das equipes de saúde.

Para Azevedo *et al.* (2015) a educação continuada e a educação permanente não são processos excludentes, mas complementares. Isso porque a formação continuada pode se tornar um aprendizado permanente, dependendo da forma como é trabalhada. Eles ressaltam ainda que a educação continuada pode ser explicada a partir da sua extensão, que vai além da graduação e dos estudos acadêmicos. Apesar de incorporá-los, essa concepção educacional é voltada também para a reflexão das práticas, a revisitação do cotidiano e a atualização teórica.

No que se refere à educação permanente, Azevedo *et al.* (2015, p.132) enfatizam que "a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido considerada uma das ferramentas que levam à transformação e aperfeiçoamento do atendimento em saúde, assim como a mudança da práxis no saber/fazer saúde". A educação permanente não é somente aquela que busca o crescimento contínuo, mas a que estabelece qualidade suficiente para alteração das práticas

e rotinas. Para Muller, Schmidt e Noal (2016) há diferenças significativas entre educação continuada e permanente. Nas suas palavras,

a EP é aplicada de modo multiprofissional e a EC é aplicada de maneira uniprofissional; o objetivo da EP é a transformação das atividades técnicas e sociais e o objetivo da EC é a atualização técnico-científica; a EP procura a prática institucional e a EC busca a prática autônoma; a EP deve ser realizada continuamente e a EC esporadicamente; a EP enfoca os problemas de saúde e a EC temas de especialidades (Muller *et al.*, 2016, p. 27).

De maneira mais enfática, os autores salientam que a educação continuada e a educação permanente são relativamente diferentes. A educação permanente possui valor ímpar para mudar a prática da gestão nas unidades de saúde e nos hospitais. Nessa linha de pensamento, percebe-se que não há unanimidade na literatura, embora a importância dos dois tipos de educação seja frequentemente mencionada.

Para Rodrigues (2017) os índices de mortalidade perinatal ainda são elevados, e é papel do gestor hospitalar intervir em ações que sejam de sua competência. Uma das ações mencionadas pelo autor é a educação continuada. A assistência ao parto não deve ser dada apenas pela equipe de enfermagem, mas os serviços de saúde precisam ser gerenciados de modo qualitativo. O autor afirma que a desinformação ainda é a causa principal do aumento da mortalidade perinatal tanto da parte de algumas gestantes quanto de administradores, que acreditam que a situação não permeia o seu trabalho. Assim, a educação continuada é encarada como uma maneira de olhar para a gestão com mais humanização, especialidade e capacitação.

Vizzoni (2017) possui visão semelhante à de Rodrigues (2017). Pela ótica de Vizzoni (2017, p. 13), "a função de gestor hospitalar é invariavelmente complexa, independentemente da região, de fato que, ainda em certos aspectos, os serviços de saúde sejam mais desafiadores em alguns países, devido a regulação de leitos, financiamento e tecnologias à disposição". Sendo uma atividade tão complexa, cabe olhar atento para os processos gerenciais, recursos humanos e espaço físico. Entretanto, o autor considera que a educação continuada pode ser útil para que o gestor conheça ferramentas capazes de aprimorar o seu trabalho e evitar a mortalidade. A tecnologia pode e deve ser utilizada em favor da realidade de trabalho no hospital.

Por fim, Nogueira e Filippin (2018) argumentam que o gestor precisa incorporar a mesma visão de humanização exigida pelo corpo médico e pela equipe de enfermagem. Tal senso de humanidade deve perpassar a estrutura de atendimento, a facilitação em relação à burocracia e a viabilidade de acesso a pacientes de risco que estejam fora do alcance urbano. Logo, o papel do gestor é tão importante quanto o da equipe médica, exigindo especialização constante.

Material e métodos

Este é um estudo qualitativo, realizado com gestores que trabalhavam nos hospitais da cidade de Ponta Grossa, PR. A pesquisa aconteceu nas três maternidades do município, que ficam dentro de dois hospitais públicos da rede estadual e atendem as gestantes dos 12 municípios da terceira regional de saúde do Paraná. Tais maternidades prestam serviços via SUS, convênios e particular. Apenas uma delas oferta atendimento exclusivamente pelo SUS.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, realizadas com os gestores responsáveis pelo setor da maternidade. Foram entrevistados três diretores administrativos (DA), dois diretores técnicos (DT), um diretor pediátrico (DP), um gestor técnico (GT) e um gestor pediátrico (GP). As respectivas siglas foram inseridas para identificar as falas de cada um dos gestores apresentadas na próxima seção.

Para as entrevistas estruturadas com os gestores foi empregado um instrumento disparador de opinião, conforme sugere Nicolini (2012). Tal ferramenta foi uma reportagem atualizada sobre o tema, e, por meio dela, foi iniciado um diálogo, buscando atingir os objetivos formulados para esta pesquisa.

A organização e a análise dos dados qualitativos ocorreram por meio da análise de conteúdo, uma técnica de pesquisa na qual se trabalha com a palavra, permitindo, de maneira prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (Bardin, 2004). O referencial teórico utilizado foi pautado na representação social. Para Chartier (1991) as representações sociais são formas pelas quais os sujeitos dão sentido ao seu mundo.

A escolha dos sujeitos se deu pela proximidade com a realidade de trabalho das pesquisadoras. A organização dos hospitais é recente, mas algumas salas necessitam ser inauguradas e outras carecem de equipamentos básicos. Grande parte dos pacientes é atendida pelo SUS e a comunidade acolhida também vêm de cidades próximas da região. A condição predial é relativamente nova, mas ainda faltam profissionais capacitados em algumas áreas, como especialidades médicas.

A condução da entrevista aconteceu por disparador de opinião, que foi uma reportagem a respeito da mortalidade perinatal. Segundo Ferrer (2016), o disparador de opinião é um instrumento que inicia uma conversa, de modo a oferecer ao entrevistado a oportunidade de trazer à tona o que pensa e sente a respeito daquele assunto. O motivo para escolha desse método foi o seu direcionamento direto para o tema. A sua aplicação nas entrevistas se deu para que o assunto pudesse ser abordado em profundidade, fornecendo certa liberdade de fala ao entrevistado.

A análise de conteúdo realizada apresenta unidades de registro e unidades de contexto. Para Bardin (2004) as unidades de registro são temáticas de maior amplitude, que incorporam diferentes assuntos e podem delimitar as características de um discurso. Como o nome revela, é uma unidade que registra informações de relevância expressiva, maior, mais abrangente, e que interioriza outros campos do saber.

Conforme Bardin (2004), a unidade de contexto é uma unidade de temas, voltados a determinadas especialidades e que descrevem alíneas do discurso. A unidade de contexto especifica o que está sendo tratado e divide o assunto em temas menores, que podem ser

mais bem explorados mediante apoio teórico. As unidades de contexto delimitadas foram amparadas pela análise de Chartier (1991) acerca das representações sociais.

Quando os gestores abordavam o assunto de forma livre e com disparador de opinião, esclareciam suas visões particulares da realidade que vivenciavam. Tal discurso é o que dá sentido ao seu trabalho, produzindo sentido. Foi essa produção de sentido que interessou na entrevista, pois a forma de ação deles perante a mortalidade perinatal também era a maneira como enxergavam o seu trabalho no hospital. Assim, a estratégia de investigação se deu em torno de uma análise de discurso, elaborada com os dados obtidos na entrevista.

Todos os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, e suas informações foram coletadas mediante aceite espontâneo e concordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas dos gestores foram organizadas e apresentadas segundo unidades de registro e de conteúdo, que emergiram da análise dos discursos. A realização deste estudo foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Superior de Ensino dos Campos Gerais.

Resultados e discussão

No decorrer da análise dos dados, emergiram dos discursos dos entrevistados quatro unidades de registro e quatro unidades de contexto. Como se pode verificar na Tabela 1, as unidades de registro foram organizadas em: contextualizando os óbitos perinatais, ações que dão certo, estruturação da equipe e caminhando para as mudanças.

Tabela 1

Unidades de Registro e de Contexto Definidas

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Contextualizando os óbitos perinatais	Fragilidades da atenção na perspectiva da gestão
Ações que dão certo	Melhorias para a qualidade assistencial
Estruturação da equipe	Equipe capacitada
Caminhando para as mudanças	Mudanças na atenção

Nota. Fonte: dados da pesquisa.

Na primeira unidade de registro buscou-se contextualizar a visão do gestor a respeito dos óbitos perinatais. Em seguida, na mesma unidade, os gestores trataram suas particularidades a respeito dos óbitos perinatais, expondo suas visões e argumentando se isso ocorre ou não nas suas instituições. A segunda unidade mostrou atitudes positivas em procedimento e resultado. A terceira unidade visou a compreender se a equipe é suficiente, interligada ou multiprofissional. Por fim, na última unidade de registro procurou-se identificar as possíveis mudanças efetuadas no cenário da gestão do hospital para redução da mortalidade perinatal.

Contextualizando os óbitos perinatais

Essa unidade de registro retratou as fragilidades da gestão para evitar os óbitos perinatais. As falas dos entrevistados apresentadas auxiliaram a compreensão das suas representações e dos seus conteúdos priorizados.

Uma das características principais do trabalho do gestor, segundo Pinheiro, Pinho e Bruni (2017), é verificar a existência de erros e fragilidades no sistema em que ele atua. Na gestão hospitalar, essa percepção pode ser capaz de salvar vidas. Sobre o tema fragilidades, os gestores efetuaram os relatos a seguir.

Eu acho que em condições ideais não [há fragilidades]. Eu acredito que, às vezes, a gente fica em alguma situação de risco por essa condição. De repente, você tem quatro mães com programação de nascimento de crianças prematuras, de baixo peso, e você não tem vaga na UTI, você está tentando transferir e não consegue (DT1).

Hoje a maior fragilidade que a gente tem ainda é a falta da UTI neonatal. Nós estamos trabalhando no desenvolvimento dela e esperamos que até a metade do ano, no máximo julho, agosto, a gente tenha a UTI funcionando. Vai melhorar bastante, porque realmente é uma dificuldade (GP).

É, nessa questão técnica com a mãe e o bebê, quem vai responder para você é o médico e o diretor técnico. Ela não chega na direção administrativa (DA1).

Então, sempre tinha obstetra, mas não tinha os serviços. Não estavam organizados (DP).

Em relação [a] toda a rede, existe uma série de fragilidades. Uma vulnerabilidade das populações (DA2).

Existem várias fragilidades. A gente tem, na verdade, uma dificuldade no sentido do atendimento, ou seja, o acesso das pacientes ao pré-natal. Eu percebi que, no decorrer dos anos, melhorou o atendimento das pacientes ao pré-natal (DT2).

A gente tem hoje um plantonista. Então a gente começou a partir de março a implantar o rotineiro. Além do plantonista, tem mais um obstetra, que faz visita diariamente, na verdade de segunda a sexta-feira, porque fim de semana reduz bastante o movimento aqui. Mas, de qualquer forma, isso é uma fragilidade (DA3).

Sim, [ainda há fragilidades] e a melhoria do pré-natal, ainda continua tendo alguns problemas com relação a isso, porque a gente não tem os 100% dos pré-natais aqui, não são feitos com médico obstetra (DP).

No primeiro relato, o entrevistado DT1 mostrou a intenção de justificar as mortes perinatais pela quantidade de mães com programação de parto e pela escassez de unidades de terapia intensiva (UTI) para alocar os pacientes. Porém, ele não concluiu a sua fala, deixando em aberto parte do que pretendia afirmar. Sobre o dito, a falta de UTI foi repetida no relato seguinte, mas com certa esperança de que as reformas previstas ocorrerão e que o

cenário se alterará. Assim como o primeiro entrevistado, DT2, DA3 e DP asseguraram desconhecer os casos, argumentando que não chegam até o setor administrativo, ou até mesmo que ainda há dificuldades no atendimento, embora cada vez menores.

A partir disso, verifica-se que a mera implantação de UTIs não resolverá, necessariamente, os problemas. Até porque os gestores evidenciaram que houve melhoria no pré-natal ou que os serviços não estavam organizados. Logo, é importante que haja conhecimento do problema e capacitação profissional, além do suporte material e tecnológico.

Alguns gestores argumentaram ainda que outros problemas, fora da esfera da gestão, acarretam fragilidades. Alguns citaram a falta de plantonista e o fato de ser uma questão relacionada ao médico ou ao diretor técnico. Tais estratégias de fuga também implicam em perceber que as fragilidades existem, e que muitos gestores não estão preparados para solucionar a situação.

A falta de obstetras e a necessidade de aplicar melhorias no pré-natal para realizar mais procedimentos no hospital foram mencionadas por 10,52% dos entrevistados - DA3 e DP. Para Pinheiro *et al.* (2017) deve-se construir parcerias, para que o processo de gestão hospitalar seja aprimorado na sua relação com o corpo médico e enfermeiro. O obstetra é profissional capacitado para promover orientações para toda a equipe. Além disso, o seu potencial diagnóstico pode prevenir mortes perinatais. Assim, uma solução para o gestor pode ser a contratação de mais obstetras ou a possibilidade de ofertar capacitações, nas quais esses profissionais aprofundem o conhecimento de outras áreas, como a gestão.

Pinheiro *et al.* (2017) enfatizam que a elaboração de ações voltadas para *accountability*, que pode ser traduzida como proatividade empresarial, podem ser eficazes para que haja mais integração com a equipe e mais oportunidades de autonomia. Um modelo híbrido de gestão, que não seja rigidamente hierárquico e que possibilite maior empoderamento dos colaboradores, é visto pelos autores como uma forma de operacionalizar o hospital e de permitir ao gestor tomar decisões pautadas não apenas na prática, mas também no suporte teórico.

No que tange aos discursos, percebe-se que tal empoderamento é escasso e predomina a lógica hierárquica das relações profissionais no hospital. O empoderamento, segundo Pinheiro *et al.* (2017), pode oferecer mais autonomia para os funcionários. Desse modo, o gestor pode empoderar os colaboradores mediante motivação, construção de um ambiente que favoreça o trabalho interdisciplinar e oferta de capacitação.

Conforme essa linha de pensamento, o gestor deve ser motivador e salientar os aspectos positivos da equipe. Nesse caso, o discurso de defesa da não fragilidade ou até mesmo a minimização de tal condição, podem ser vistos como estratégias para defender a instituição e seus colaboradores. O sistema de parceria com as unidades de saúde pode contribuir para que esse discurso seja mais uniforme e ganhe mais adeptos no ambiente de trabalho.

Ações que dão certo

Para evitar a mortalidade perinatal, diversas ações podem ser estabelecidas para a melhoria da situação do hospital, tanto no que se refere à qualidade assistencial quanto à capacitação da equipe e mudanças na atenção à saúde materna e dos neonatos. Ao tratarem da questão, os gestores entrevistados buscaram um discurso em que enaltecem o que vem sendo feito a partir de alguns exemplos.

Como se pode observar nos relatos abaixo, no que concerne às melhorias evidenciadas pelos entrevistados, o discurso deles demonstra conhecimento do problema e preocupação efetiva com a população.

É, na verdade, a gente está buscando adequar toda a nossa estrutura hospitalar com a legislação e, claro, com uma condição que atenda às necessidades da unidade. Então, o quarto PPP [ou quarto para pré e pós-parto], a gente entende que é uma demanda da comunidade. Cada vez mais têm mulheres que querem ter o parto no quarto (DA3).

[No] hospital [X], praticamente 2/3 do movimento acabou se deslocando pra lá. Então, houve uma nítida melhora. As outras unidades do hospital, as equipes, não são totalmente completas como é lá, mas houve uma nítida melhora. E outro aspecto que é importante aqui é o aumento do número de leitos para UTI neonatal (DP).

É não parar! A gente tem que o tempo todo [estar] tentando buscar esse conhecimento e levar para toda a equipe a educação, que é fundamental (DP).

Se tivesse atuado mais precocemente, se tivesse sido mais atencioso, tudo isso tem que ser analisado e corrigido. Pra isso também serve essa reunião [interdisciplinar], pra gente fazer o diagnóstico e corrigir as falhas que porventura possam ter acontecido (DT1).

As medidas já estão sendo tomadas. Eu não sei detalhes, mas eu sei que [está] sendo aumentado o número de vagas na UTI neonatal, você já deve ter tido alguma informação disso. [Está] sendo, ou já foi, é deliberado, só falta contratar mais um médico, pra ser o médico, pra ter um médico de plantão na obstetrícia e um médico que a gente chamaria de rotineiro (DT1).

As ações de busca pela melhoria da estrutura das maternidades e composição das equipes interdisciplinares ou pela mudança efetiva comportamental dos profissionais de saúde foram destacadas por 42,10% dos entrevistados, num total de oito gestores. Entre as ações para melhoria, eles destacaram a necessidade de aprimorar o atendimento às demandas sociais, o parto no quarto, a transferência de pacientes para o hospital X (o que liberou mais vagas nas UTIs neonatais), a procura por conhecimento técnico e científico que promova educação, o diagnóstico de falhas e a reparação e contratação rápida de mais médicos. Algumas dessas ações foram articuladas por condições contextuais, como a diminuição dos

pacientes por conta do atendimento em um dos hospitais, que abriu a maternidade e pode compartilhar a demanda com os demais.

Na visão do diretor técnico, a contratação de pessoal é suficiente para que haja melhoria no atendimento a fim de reduzir a mortalidade perinatal. O diretor técnico argumentou que o aumento do número de UTIs é uma medida importante, ainda que a necessidade do atendimento em UTI não tenha obtido reflexão efetiva. Vale lembrar que essa visão foi contestada pelo diretor pediátrico, pois quantidade e qualidade são valores diferentes, que devem ser particularizados nas suas análises. Já o entrevistado DT1 salientou como solução para a demanda da comunidade a adequação do hospital à legislação e a construção de mais quartos.

Cabe destacar que as entrevistas são esparsas e que cada resultado, se visto de forma isolada, pode não corresponder à melhoria efetiva. Entretanto, se juntas, as ações identificadas são capazes de modificar as respectivas realidades.

Para Támer, Ruiz-López e Pérez de la Cruz (2015) a gestão hospitalar pode utilizar os recursos de maneira diferenciada, aprimorando os processos ou dificultando ainda mais as rotinas de trabalho. A influência negativa no processo de trabalho das equipes de saúde pode prejudicar o trabalhador e levar a formação de grupos com opiniões diversas, que não agregam para o local. As ações de educação permanente, monitoria sobre as fragilidades e *feedback*, portanto, devem ser reforçadas, para que haja visualização do trabalho feito e maior transparência no processo.

Estruturação da equipe

Essa unidade de registro objetivou compreender alguns aspectos da estruturação da equipe na expressão dos gestores. Identificou-se, ainda, se, na perspectiva deles, a equipe estava capacitada e como ocorria esse processo.

A capacitação da equipe é fundamental para que o trabalho tenha qualidade e, conseqüentemente, para que haja redução da mortalidade perinatal. Entretanto, conforme se pode perceber nos relatos a seguir, não ocorreu homogeneidade nos discursos, o que torna a análise ainda mais válida.

Acho que assim, ligado a óbito, a gente não tem pediatra presencial na sala de parto. Isso é uma fragilidade. Ao mesmo tempo, nós temos dois pediatras presentes no hospital (DA3).

Nós temos profissionais tanto da área da enfermagem quanto obstetras, que estão capacitados a atender essa gestante (DA2).

[Na] equipe de assistência da maternidade, a gente tem os técnicos de enfermagem, tem a enfermeira obstetra e os médicos obstetras que ficam no plantão. Então é discutido cada caso e resolvido entre a equipe mesmo. Se precisava vem outro especialista, né, e até psicóloga a gente tem aqui dentro do hospital (DP).

Temos enfermeiros especializados em obstetrícia, temos o plantão da obstetrícia 24 horas, médico e o plantão da neonatologia (GP).

Bom, eu vou voltar novamente à questão: existe, é o recomendável, muitas vezes existe o possível. Então o recomendável é você ter mais de um obstetra, até por plantão, um que faça admissão, outro que vá tocando os casos, ter enfermeira, enfermeiro obstétrica, neonatologista (DP).

Nós temos, sem dúvida, profissionais capacitados e recursos para atender [...] essa demanda de maneira plena (GT1).

No que tange a capacitação da equipe, averiguou-se nova disparidade entre o que foi dito pelos gestores. Conforme se verifica nos discursos dos trechos acima, os entrevistados DA3 e DP mostram a fragilidade de não haver pediatra capacitado na sala de parto para atender especificidades capazes de gerar mortalidade.

Os entrevistados GT1, DA2 e GP contestaram tais discursos, revelando que obstetras e enfermeiros são capacitados para o atendimento. Aliás, essas falas também contrariam o discurso do gestor pediátrico, que demonstrou a falta de capacitação da equipe para atender às demandas mais específicas. A presença dessa equipe multiprofissional foi repetida nas entrevistas posteriores de GT1, DA2 e DA3, que identificaram ainda o acúmulo de cargos e casos, a delegação de atividades a técnicos e recursos insuficientes para atender a demanda.

O discurso da maioria dos entrevistados (83,33%) demonstra que há estrutura, capacitação e equipe para realização dos procedimentos necessários para redução da mortalidade perinatal. Um desses discursos destoa e apresenta uma realidade sem médicos em número suficiente no hospital. De acordo com Vituri e Évora (2015), avaliar e capacitar não dá garantias de que as condições de atendimento irão melhorar. Para as autoras “é imprescindível que também haja valorização do profissional, que o cliente seja respeitado e que a capacitação contínua envolva, além de aspectos técnicos e científicos, a inclusão de temas sobre ética e humanização” (Vituri & Évora, 2015, p. 948).

Portanto, ao que os entrevistados atribuem um valor positivo é relativo perante o suporte teórico, visto que a mera capacitação não dá condições efetivas para mudanças totais no cenário de redução da mortalidade perinatal. Vituri e Évora (2015) complementam, afirmando que é preciso compreender as formas como tais capacitações são constituídas e o processo gradual de interiorização de novos conhecimentos. Outra falácia da capacitação tratada por elas é a especialização do colaborador. Nessa ótica, não basta ter o conhecimento por titulação; é necessário aplicá-lo na realidade cotidiana.

Percebe-se, ainda, que os discursos dos gestores administrativos e dos gestores técnicos entrevistados nesta pesquisa possuem confluências. O gestor técnico mencionou que há profissionais capacitados para atender às demandas exigidas para evitar a mortalidade perinatal. Já o gestor administrativo enfatizou o fato de haver plantão e de o atendimento ser efetivado da melhor maneira possível. Mesmo em lugares sociais diferentes, gestores técnicos e administrativos possuem lugares sociais semelhantes na discussão, pois todos

mencionaram a necessidade de mudança no cenário, apontando que estão agindo para que a redução da mortalidade perinatal realmente ocorra.

Caminhando para as mudanças

Verifica-se nos depoimentos abaixo que os gestores apresentaram diferentes posicionamentos quanto às mudanças efetuadas na atenção básica, ainda que considerassem tal atitude benéfica para o aprimoramento do atendimento e da qualidade assistencial.

Na minha opinião, a base de tudo é a informação. É a educação que começa em primeiro lugar, acho que até antes de falar a gente ia ter que mudar alguma coisa (DA3).

Eu acho que o papel é do médico pegando a rede primária. O médico obstetra que você está se referindo é comprometimento ao meu ver. Acho que se você tem profissionais de saúde, que isto é o médico ou a enfermeira (DT2).

É, desde o início da concepção, eu penso que desde que a mãe já teve um acompanhamento não só do médico obstetra, mas da enfermeira também, [...] seria bem importante então. Só que como a gente não tem no momento, não é nossa realidade aqui no hospital, não é isso, então não tem como eu ter. Mas, do meu ponto de vista, da minha experiência, eu penso que seria muito importante sim, poderia até evitar muitas mortes, se tivesse acompanhamento da enfermeira obstetra junto da mãe (DP).

É você ter aqui [...] basicamente um pré-natal, adequando um diagnóstico adequado das condições dessa gestante ao eventual encaminhamento de um pré-natal de baixo risco no momento que ele se tornar médio/alto risco, fazer um encaminhamento diferenciado dessa gestante (DP).

Eu acho que esse tipo de problema tem que ser visto lá no início da gestação, lá na prevenção, lá no pré-natal, que daí é lá com o médico, porque a gente não tem como prever isso aqui e prevenir (DP).

Eu acho que a gente deveria trabalhar dentro das condições ideais, mas acredito eu que deveria ter uma estrutura. Se a nossa estrutura é nós já, a gente deveria procurar evitar possíveis lacunas. Então eventualmente ter um segundo obstetra de sobreaviso (DT1).

No que diz respeito às mudanças, o discurso acerca da informação foi destacado pelos gestores, salientado pela mudança educacional interna. Outros fatores constatados por 57,14% dos gestores foram o comprometimento do médico na rede primária e o acompanhamento necessário do obstetra e da enfermeira para evitar mortes perinatais. Ainda foram mencionados por 14,28% deles a qualidade do pré-natal e o encaminhamento a partir da mudança no grau de risco.

A cobrança do gestor, a identificação de problemas, a proposição de soluções, a prevenção e a melhoria da estrutura também foram especificadas nas entrevistas. Pinheiro *et al.* (2017) alertam sobre a premência de se pensar no domínio da informação como parte da *accountability* (proatividade empresarial), assim como a interdisciplinaridade. Dessa maneira, as mudanças estão associadas a questões estruturais humanas, visto que o aumento da exigência, a maior atenção ao pré-natal e a identificação antecipada de riscos foram citados pelos entrevistados como sendo aspectos importantes da mudança.

Baggio, Pereira, Guimarães, Caldeira e Viera (2016) também identificam maior atenção para o pré-natal e mais interdisciplinaridade na ação laboral. O discurso expressado pelos autores articula-se com a opinião dos gestores entrevistados, que analisaram as mesmas necessidades. Tal reflexão leva ao questionamento dos motivos pelos quais não ocorre capacitação para um programa que atenda à toda demanda.

De modo geral, percebeu-se o pouco interesse dos gestores na realização das entrevistas e a defesa do discurso institucional, já que alguns deles podem compreender as fragilidades como acusações de falhas no seu trabalho, comprometendo os seus papéis profissionais. Mais uma vez, gestores técnicos e administrativos asseguraram a necessidade de haver acompanhamento e mudanças significativas na atenção. Ainda que as suas atividades sejam diferentes, todos os gestores consideraram que o diagnóstico é essencial para que seja promovida efetiva qualidade de vida da paciente e da criança.

Mesmo com participação reduzida, percebeu-se que o discurso dos gestores apresenta certa distância entre o real e o ideal. Por outro lado, ao enfatizar ações, reafirma a postura positiva da gestão em relação aos serviços, bem como o vislumbre da aplicação na prática dos esforços administrativos para alcançar o objetivo de redução da mortalidade perinatal e melhorar a qualidade da atenção em saúde para as mães e seus filhos.

Considerações finais

A partir do exposto neste estudo, constata-se que a visão dos gestores sobre a mortalidade perinatal não é homogênea, fato que não surpreende, dadas as particularidades das suas funções, responsabilidades e demandas. Entretanto, algumas nuances aparecem no conteúdo analisado, tais como o reconhecimento da existência de fragilidades, pontos de melhoria no atendimento, carências estruturais e tecnológicas e falta de capacitação de alguns profissionais.

Outro ponto de fundamental relevância é que gestores técnicos e gestores administrativos possuem opiniões próximas quando tratam das mudanças na atenção e enfatizam as fragilidades e ações de melhoria para a qualidade assistencial. Os gestores julgam que a capacitação da equipe é essencial para que o trabalho tenha qualidade e, conseqüentemente, para que haja redução da mortalidade perinatal. Entretanto, eles veem dificuldades na implementação dessa capacitação, pois consideram que as equipes ainda não estão completas e que o trabalho poderia ser mais bem desempenhado.

Além disso, os estudiosos nomeados no referencial teórico alegam que a interdisciplinaridade é importante para que o trabalho seja efetivo, assim como a educação

continuada e permanente. Tais alegações foram confirmadas pelos gestores entrevistados nos seus discursos, ainda que de formas diferentes. Enquanto alguns gestores consideram válido o trabalho de médicos e enfermeiros, outros acreditam na capacitação como possibilidade de aprimoramento do trabalho.

De modo geral, o discurso dos gestores é otimista, inclusive com argumentações voltadas para situações ideais. Alguns gestores ressaltam que, em condições plenas de trabalho, as fragilidades inexistem. Outros destacam a falta de estrutura hospitalar, ainda que os espaços sejam novos. A falta de profissionais para o trabalho é mencionada com preocupação, mas eles acreditam que ações pontuais podem melhorar o atendimento e evitar a mortalidade perinatal, tais como a adequação da equipe à legislação, a diminuição de público, a mobilização constante para adquirir conhecimento, a atenção e o aumento do número de vagas em unidades de terapia intensiva. O olhar desses profissionais demonstra que mudanças estão sendo feitas, apesar das limitações apresentadas.

Os resultados da pesquisa revelam outras condições relevantes, como a falta de trabalho multiprofissional, a escassez de especializações e as dificuldades de comunicação entre a unidade de saúde e o hospital. O aspecto tecnológico também foi verificado como um problema interno, já que a maioria dos entrevistados não afirma trabalhar em condições ideais, mas parece se esforçar mediante as limitações existentes. Nesse sentido, é fundamental que o Estado invista na melhoria das condições de trabalho, dos salários e da estrutura para se proporcionar atendimento com mais qualidade. Isso porque o acesso a informações detalhadas da parturiente pode minimizar a possibilidade de intercorrência, dando mais chances de evitar a mortalidade perinatal. Por fim, as mudanças feitas ressaltadas vão desde a capacitação, ainda falha em relação à mortalidade perinatal, até a melhoria tecnológica e a ampliação de leitos.

Assim, percebe-se que somente o aprimoramento tecnológico não é capaz de promover mudança efetiva de resultado, já que o investimento em formação continuada também se traduz como importante ferramenta no combate à mortalidade perinatal. Nesse sentido, as preocupações estabelecidas ainda não vislumbram um cenário otimista, mas revelam um período de transição em que mudanças estão sendo feitas, mas alguns processos são mantidos.

Portanto, há convergência de opiniões sobre a necessidade de melhoria de todo o sistema. Sob essa perspectiva, estudos futuros poderão focalizar aspectos de melhoria ou identificar se outros gestores possuem visões diferentes a respeito da mortalidade perinatal.

Referências

- Almeida, P. V. B. (2018). Um rico olhar para a amamentação e políticas para a infância no Brasil da virada dos séculos XIX para o XX: A atuação de Fernandes Figueira e outros pioneiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00224717>
- Ariff, S., Soofi, S. B., Sadiq, K., Feroze, A. B., Khan, S., Jafarey, S. N., Ali, N., & Bhutta, Z. A. (2010). Evaluation of health workforce competence in maternal and neonatal issues in

- public health sector of Pakistan: An assessment of their training needs. *BMC Health Services Research*, 10(1), 319-328. <http://dx.doi.org/0.1186/1472-6963-10-319>
- Azevedo, I. C. de, Silva, G. W. dos S., Vale, L. D., Santos, Q. G., Cassiano, A. do N., Morais, I. F. de, & Valença, C. N. (2015). Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: Revisão integrativa de literatura. *Saúde e Pesquisa*, 8(1), 131-140. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2015v8n1p131-140>
- Baggio, M. A., Pereira, F. de C., Guimarães, A. T. B., Caldeira, S., & Viera, C. S. (2016). Programa Rede Mãe Paranaense: Análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Revista Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45301>
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3a ed). Lisboa: Edições 70.
- Carlo, W. A., & Travers, C. P. (2016). Mortalidade materna e neonatal: Hora de agir. *Jornal de Pediatria*, 92(6), 543-545. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.08.001>
- Chartier, R. (1991). O mundo como representação. *Estudos Avançados*, 5(11), 173-191. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141991000100010>
- Ellard, D. R., Chimwaza, W., Davies, D., O'Hare, J. P., Kamwendo, F., Quenby, S., Griffiths, F., & ETATMBA Study Group (2014). Can training in advanced clinical skills in obstetrics, neonatal care and leadership, of non-physician clinicians in Malawi impact on clinical services improvements (the ETATMBA project): A process evaluation. *BMJ Open*, 4(8), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005751>
- Fadel, C. B., Schneider, L., Moimaz, S. A. S., & Saliba, N. A. (2009). Administração pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 445-456. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000200008>
- Ferrer, W. M. H. (2016). *Metodologia da pesquisa científica*. Marília: UNIMAR.
- Ministério da Saúde (2007). *Caderno de educação popular e saúde*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília.
- Ministério da Saúde (2016). *Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal* (2a ed.). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília.
- Muller, E. T., Schmidt, S. M. S., & Noal, H. C. (2016). A magnitude da educação permanente e da educação continuada em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Anais da Semana Acadêmica Integrada da Faculdade Integrada de Santa Maria*, RS, Brasil, 7.
- Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization: an introduction*. Oxford: University Press.

- Nogueira, E. M. R., & Filippin, N. T. (2018). Práticas de humanização na assistência ao parto e nascimento hospitalar. *Disciplinarum Scientia*, 19(3), 581-590.
- Okonofua, F., Randawa, A., Ogu, R., Agholor, K., Okike, O., Abdus-Salam, R. A., Gana, M., Abe, E., Durodola, A., & Galadanci, H. (2017). Views of senior health personnel about quality of emergency obstetric care: A qualitative study in Nigeria. *PlosOne*, 12(3), 48-67. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173414>
- Pinheiro, F. M. G., Pinho, J. A. G. de, & Bruni, A. L. (2017). Accountability em parcerias público-privadas: Espaços para avanços em unidades hospitalares sob gestão direta e em regime de parceria. *Organizações & Sociedade*, 25(84), 155-174. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-9240848>
- Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017.* Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
- Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007.* Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- Resolução CES/PR n. 29/02.* Secretária de Estado da Saúde. Recuperado de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/12_resolucaoacompanhante-029_reduzida_1pg.pdf
- Resolução n. 2.171, de 30 de outubro de 2017.* Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Conselho Federal de Medicina. Recuperado de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2171>
- Rey, F. L. G., & Bizerril, J., Neto (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB.
- Rodrigues, P. L. (2017). *Avaliação da qualidade do sistema de informação sobre mortalidade e fatores associados à mortalidade perinatal no Brasil* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Singh, K., Brodish, P., & Haney, E. (2014). Postnatal care by provider type and neonatal death in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis. *BMC Public Health*, 14(941), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-941>

- Támer, G. L., Ruiz-López, M. D., & Pérez de la Cruz, A. J. (2015). Hospital malnutrition: Relation between the hospital length of stay and the rate of early readmissions. *Medicine Clinical*, 132(10), 377-84. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.06.008>
- Vituri, D. W., & Évora, Y. D. M. (2015). Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: Uma revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 945-952. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>
- Vizzoni, A. G. (2017). *Gestão hospitalar: gerenciando processos de trabalho em saúde* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Laryssa de Col Dalazoana Bier

Mestre em Ciências da Saúde e Professora colaboradora do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0461-0418>

Márcia Regina Carletto

Doutora em Educação Científica e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista sênior do programa de mestrado em ciências da saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

ORCID: <https://orcid.org/000-0003-3442-5093>

Ana Paula Xavier Ravelli

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4095-758X>

Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9390-0459>