

Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”

Contextual factors in the analysis of the implementation of a multifaceted intervention in Brazilian private hospitals: initial reflections of the evaluative research "Healthy Birth".

Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Doutorado em Epidemiologia
Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/Aids, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil

Jacqueline Alves Torres

Doutorado em Epidemiologia
Gerência de Estimulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Diretoria de Desenvolvimento Setorial, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, Brasil

Maria do Carmo Leal

Doutorado em Saúde Pública
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil

Zulmira M. A. Hartz

Professora Catedrática Convidada, GHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal

Resumo

O estudo “Nascer Saudável” é uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, que tem por objetivo analisar o grau de implantação e os efeitos do “Projeto Parto Adequado” (PPA), um projeto de melhoria da qualidade, desenvolvido por meio de uma intervenção multifacetada, implantada em hospitais privados brasileiros. Este artigo tem por objetivo apresentar hipóteses selecionadas *a priori*, baseadas no modelo teórico da intervenção, de características do contexto que podem afetar a forma de implantação do PPA. A partir da descrição do problema da cesariana no país, da intervenção PPA, e do contexto organizacional dos hospitais privados brasileiros, são apresentados e discutidos potenciais facilitadores e barreiras para a implantação das atividades previstas pelo PPA. Aspectos relacionados às mulheres (perfil obstétrico, demanda por cesarianas eletivas), aos profissionais (formação, prática, adesão a protocolos) e ao contexto dos hospitais (porte, perfil de risco, tipologia, disponibilidade de recursos, cultura organizacional) foram identificados como relevantes e deverão ser contempladas na fase de coleta de dados. Essas hipóteses, bem como outras que poderão surgir durante a análise dos dados, deverão ser testadas e discutidas com os diversos usuários da avaliação visando ao aprimoramento da intervenção, objetivo principal de uma avaliação com foco na utilidade.

Palavras-chave:

Avaliação em saúde, cesárea, hospitais privados.

Abstract

The “Healthy Birth” study is an evaluative research, of the type analysis of implementation, that aims to analyze the degree of implementation and the effects of the “Adequate Birth Project” (PPA), a quality improvement project, developed through a multifaceted intervention, implemented in Brazilian private hospitals. This article aims to present hypotheses selected *a priori*, based on the theoretical model of the intervention, of characteristics of the context that may affect the implementation of the PPA. Based on the description of the cesarean problem in the country, the PPA intervention, and the organizational context of the Brazilian private hospitals, we present and discuss potential facilitators and barriers for the implementation of the activities foreseen by the PPA. We identified relevant aspects related to women (obstetric profile, demand for elective cesareans), professionals (training, practice, adherence to protocols) and the context of hospitals (size, risk profile, typology, availability of resources, organizational culture) that should be considered in the data collection phase. These hypotheses, as well as others that may arise during the analysis of the data, should be tested and discussed with the various users of the evaluation in order to improve the intervention, the main objective of a utility-focused evaluation.

Key words:

Health evaluation, caesarean section, hospitals, private.

Introdução

O estudo “Nascer Saudável” é uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação com estudo de casos múltiplos imbricados, que tem por objetivo analisar o grau de implantação e os efeitos do “Projeto Parto Adequado” (PPA), um projeto de melhoria da qualidade, desenvolvido por meio de uma intervenção multifacetada, implantada em hospitais privados brasileiros.

A pesquisa “Nascer Saudável” inclui os três tipos de análise de implantação: o tipo 1, que avalia o contexto e sua influência no grau de implantação; o tipo 2, que verifica a relação entre o grau de implantação e seus efeitos; e o tipo 3, que avalia a interação entre o contexto e o grau de implantação na produção dos efeitos [1].

Hospitais são organizações complexas e as formas de implantação das intervenções, principalmente as multifacetadas, são necessariamente diversas, pois dependem das características contextuais, incluindo recursos disponíveis, contexto organizacional e simbólico, e os diversos atores envolvidos [2].

O contexto é o ambiente no qual o programa está inserido e sua descrição é importante para a interpretação dos resultados e para a discussão da generalização dos efeitos do programa, já que os efeitos observados em determinado contexto podem não se repetir em outro contexto diverso. Estudos de caso são particularmente úteis para explorar as características do contexto e examinar de que forma as mesmas podem facilitar ou dificultar a implantação do programa/intervenção [3].

A abordagem do contexto como um conceito complexo, que considera várias áreas e dimensões, foi inicialmente proposto por Potvin [4], particularmente em ações comunitárias e intersectoriais, e posteriormente generalizada por Conner et al [5] para o conjunto de estudos de avaliações das políticas e programas sociais.

A análise de contexto se inicia na fase de planejamento do estudo avaliativo, onde hipóteses baseadas no modelo teórico da intervenção são elaboradas *a priori*, elencando possíveis fatores que possam dificultar ou facilitar a implantação da intervenção, e continuam na fase de desenvolvimento do estudo, quando hipóteses *a posteriori* são elaboradas, a partir da análise dos dados [6].

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir hipóteses desenvolvidas *a priori* relativas aos aspectos contextuais que possam afetar a implantação das atividades previstas pelo “Projeto Parto Adequado”.

Materiais e métodos

Ensaio teórico para elaboração de hipóteses acerca de fatores contextuais que possam afetar a implantação de uma intervenção multifacetada - projeto “Parto Adequado” - que tem por objetivo aumentar o número de partos vaginais em hospitais privados brasileiros. Foi utilizado como referencial teórico o quadro de questões avaliativas propostas por Conner et al [5], e adaptadas por Hartz [6], para orientar práticas de avaliação mais sensíveis ao contexto. As questões sugeridas são organizadas em 5 itens (o problema, a intervenção, a organização, a avaliação, a arena de decisão) e classificadas segundo a fase do estudo avaliativo (fase de planejamento ou de implementação).

Neste estudo, realizado na fase de planejamento do “Nascer Saudável”, foram abordados os itens “o problema”, “a intervenção” e “a organização”, utilizando como roteiro as perguntas avaliativas propostas por Conner et al [5] e Hartz [6], descritas no quadro 1. Embora façam parte do quadro original, os itens “a avaliação” e “a arena de decisão” não foram abordados neste artigo. Para o item “avaliação”, já havia uma decisão *a priori* de utilização de métodos mistos no estudo “Nascer Saudável”, com avaliação do contexto realizada prioritariamente por métodos qualitativos, por meio de observação participativa e entrevistas com gestores, profissionais de saúde e mulheres, com recursos disponíveis para esse fim [7]. Quanto ao item “arena de decisão”, considerando o caráter inovador do PPA e sua relevância para o contexto brasileiro, este estudo avaliativo foi planejado visando um grande número de usuários da avaliação, incluindo formuladores de política (Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, ANS), equipe de coordenação do PPA, operadoras de planos de saúde, gestores hospitalares, profissionais que atuam no PPA, mulheres e famílias, associações profissionais, instituições formadoras e comunidade científica.

Para a descrição do problema “excesso de cesarianas no Brasil”, foi feita uma revisão narrativa da literatura, com identificação e apresentação de resultados de estudos que avaliaram a prevalência de cesarianas no país, seus determinantes e consequências. Para a descrição da intervenção, foram consultados documentos do programa e informantes-chave da equipe de coordenação do PPA. Por fim, para descrição da organização, foram consultadas publicações que abordaram o tema das cesarianas desnecessárias, que avaliaram intervenções que tinham por objetivo reduzir cesarianas, bem

Quadro 1 - Questões sugeridas para a apreensão do contexto na fase de planejamento dos estudos de avaliação

Item	Perguntas avaliativas
O problema	Qual é o problema que o programa está a abordar? Como ele surgiu? Há quanto tempo? Como foi socialmente construído? O que já se sabe sobre ele? Quais são os métodos utilizados para a sua compreensão? Quais são os instrumentos e abordagens existentes e/ou referidas na literatura para medir sua mudança?
A intervenção	Em que ciclo de vida está o programa? Como ele é estruturado? Quais são os diferentes componentes e como se ajustam no ambiente? A quem o programa serve? Quais são suas características, crenças, cultura, necessidades e resultados desejados?
A organização	Como o ambiente organizacional influencia ou é modificado pela intervenção (aspectos do desenho e operação do programa)? Quais são os elementos sociais, históricos e culturais da comunidade no qual o programa é conduzido? Existem pontos de vista que afetam o programa seus clientes ou tomadores de opinião?
A avaliação	Quais as implicações das questões avaliativas primárias e secundárias para as possíveis escolhas da metodologia e desenho? Que recursos são disponíveis para apoiar a avaliação (orçamento, capacidade local, cronograma)?
A arena de decisão	Quais são os principais tomadores/usuários de decisão com a informação sobre a avaliação? Quais são os pontos de vista e valores sobre o programa e a avaliação? Qual é a cultura política na qual trabalham? Quais são as expectativas organizacionais e dos cidadão com relação aos programas e sobre avaliação? Quais são as expectativas políticas para a avaliação?

Fonte: Adaptado de Hartz, ZMA [6].

como a trajetória profissional de uma das autoras como especialista em regulação na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência que regula o sistema de saúde suplementar no Brasil.

O estudo “Nascer Saudável” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, parecer CAAE: 1.761. 027, em 16 de janeiro de 2017.

Resultados e discussão

O problema – o excesso de cesarianas no Brasil

A cesariana é uma cirurgia que salva vidas, mas que está associada a desfechos negativos para a saúde materna e infantil, tanto a curto quanto a longo prazo [8]. Portanto, quando usada de forma excessiva, seus benefícios podem ser superados pelas consequências negativas para a saúde de mulheres e crianças, efeitos esses que podem se estender até a vida adulta [9].

Globalmente, observa-se um aumento das taxas de cesariana, sem que se observe redução da mortalidade materna e perinatal quando alcançados valores populacionais superiores a 10-15% [10]. Desde meados do anos 1990, o Brasil apresenta um aumento progressivo da proporção de cesarianas, tornando-se a principal via

de parto no país em 2009. Segundo estimativas feitas a partir de recomendação da Organização Mundial de Saúde [11], que reconhece que características populacionais podem afetar as taxas de cesariana em cada país, a taxa de cesariana no Brasil deveria ser de, no máximo, 25 a 30% [12].

Além do valor duas vezes superior ao previsto, sabe-se que a ocorrência de cesarianas não é homogênea, estando associada a características demográficas e socioeconômicas das mulheres. Valores mais elevados são observados em mulheres de maior escolaridade, com idade mais elevada, primíparas, residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste a atendidas em serviços privados [13]. O estudo “Nascer no Brasil”, inquérito nacional realizados nos anos 2011-2012, com quase 24 mil mulheres, encontrou taxa de cesariana superior a 80% em hospitais privados, não estando associado a indicações clínicas [14,15].

Existem algumas hipóteses para esse aumento da taxa de cesariana no país. Uma delas seria o aumento da preferência das mulheres por essa via de parto. Uma revisão sistemática sobre o tema encontrou uma proporção de preferência pelo parto cesáreo de 15,6%, com valores mais elevados em mulheres com cesariana anterior (29,4%) e naquelas que residem em países menos desenvolvidos (22,1% vs. 11,8%) [16]. No Brasil,

no início dos anos 1990, a preferência pela cesariana como via de parto era de 20% [17], alcançando 30% em 2011/2012 [14]. Entretanto, existe grande variação na preferência das mulheres segundo paridade e local de ocorrência do parto. Em mulheres com cesariana anterior atendidas em hospitais privados, a preferência inicial alcança 73%, sendo de apenas 15% em primíparas atendidas em hospitais públicos. Cabe ressaltar que o acesso à informação tem tido pouca interferência na escolha da via de parto, sendo citada por menos de 5% das mulheres brasileiras, tanto no setor público quanto no privado [14].

Outras hipóteses incluem o modelo de atenção ao parto vigente no país e, especificamente, a forma de organização do cuidado na atenção privada. Em contraste com países que apresentam baixas taxas de cesariana, o modelo de atenção ao parto observado em serviços públicos e privados brasileiros é pautado no profissional médico, com uso excessivo de intervenções obstétricas e baixa utilização de medidas farmacológicas e não farmacológica para alívio da dor [18]. Esse tipo de modelo reforça as preferências das mulheres pela via de parto, já que no Brasil, assim como em outros países, a principal razão da preferência das mulheres pela cesariana é o medo da dor do parto [14]. Especificamente no setor privado, a forma de organização do cuidado, com o mesmo profissional médico prestando assistência pré-natal e ao parto, sem relação com a equipe hospitalar (“prática obstétrica baseada na autonomia do profissional”), além de outras características desse setor, tais como a “conveniência médica” (vantagem financeira para o profissional de realização da cesariana); “maternidade hotel” (maior preocupação desse setor com taxa de ocupação e aspectos de hotelaria do que com os cuidados em saúde); e “parto como ato médico” (ausência de participação de profissionais não médicos, tais como enfermeiras obstetras e obstetrizes, na assistência ao parto), seriam favorecedores de uma maior taxa de cesariana nos hospitais privados [7].

Algumas estratégias tem sido recomendadas para a redução de cesarianas desnecessárias, dentre elas o monitoramento dessas taxas utilizando o critério de Robson. Segundo esse critério, as mulheres são classificadas em 10 grupos mutuamente excludentes, baseados na paridade (primípara ou não), idade gestacional (menor ou maior que 37 semanas), tipo de gestação (única ou múltipla), apresentação do bebê no momento do parto (cefálica, pélvica ou còrmica), tipo de trabalho de parto (espontâneo, sem trabalho de parto/induzido) e presença de cicatriz uterina. Essa classificação permite

identificar a distribuição das mulheres segundo os dez grupos, calcular a taxa de cesariana em cada grupo e estimar a contribuição de cada grupo para a taxa global de cesariana. Segundo esse critério, nos hospitais privados brasileiros predominam os grupos 2, 5 e 10, que correspondem às primíparas com gestação única, cefálica, a termo, com parto induzido ou cesariana eletiva (grupo 2); as múltiparas com gestação única, cefálica, a termo, com cesariana anterior (grupo 5); e os partos prematuros de gestações únicas e cefálicas (grupo 10). Esses grupos respondem por mais de 70% das cesarianas realizadas no país e deveriam ser os grupos prioritários para intervenções visando à sua redução [15]. Para o grupo 2, as principais estratégias estariam relacionadas ao aumento do número de gestantes com trabalho de parto espontâneo, já que mais de 80% das cesarianas realizadas no setor privado ocorrem antes do início do trabalho de parto [14]; bem como o maior uso de boas práticas que favorecem a evolução do trabalho de parto, tais como o trabalho compartilhado entre médicos e enfermeira, a não internação precoce, o fornecimento de suporte emocional, o estímulo à liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e à adoção de posições verticalizadas no momento do parto, e o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. Para o grupo 5, as principais estratégias seriam a prevenção da cesariana primária e o estímulo ao parto vaginal pós cesariana, permitindo que as mulheres tenham acesso à prova de trabalho de parto. Embora o parto vaginal pós cesariana tenha elevada taxa de sucesso, próxima a 70% em outros países [19], seu uso é limitado no Brasil, não alcançando 15% das mulheres com cesariana anterior [14]. Por fim, o grupo 10, que pode estar associado à prematuridade iatrogênica dada a elevada proporção de mulheres sem risco nesse grupo no setor privado (71,4%), demandando estratégias para redução de interrupções prematuras da gestação [15].

A intervenção – o projeto “Parto Adequado”

O “Projeto Parto Adequado” (PPA) é um projeto de melhoria da qualidade implantado em hospitais públicos e privados brasileiros. É coordenado pela ANS, pelo *Institute for Health Improvement* (IHI) e pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), tendo o apoio do Ministério da Saúde brasileiro.

A elaboração e implantação dessa intervenção ocorreu em resposta a uma ação movida pelo movimento de mulheres, que acionou o Ministério Público do estado de São Paulo exigindo que a ANS adotasse medidas

visando a redução das taxas de cesariana nos hospitais privados. Com início em 2015, esse projeto tem por objetivo a melhoria da qualidade da assistência ao parto em hospitais privados brasileiros, tendo como meta o aumento do percentual de partos vaginais e a redução da taxa de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nesses hospitais.

O PPA utiliza o modelo de melhoria do IHI, onde através da implementação cíclica e incremental de mudanças, as atividades propostas são testadas e ajustadas ao contexto local, permitindo a implementação e o refinamento do que funciona, e descartando o que não funciona. A abordagem *Breakthrough Series* [20] foi usada e incluiu cinco sessões de aprendizado presenciais (SAP) - realizadas em maio de 2015, agosto de 2015, outubro de 2015, março de 2016 e novembro de 2016 - e sessões de aprendizado virtuais mensais, com foco em treinamento em Modelo de Melhoria, testes iniciais de mudança para reduzir a taxa de cesariana com base nos quatro componentes teóricos do PPA e compartilhamento de experiências de sucesso e desafios na implementação das mudanças. Além disso, foram oferecidos

treinamentos clínicos em centros de simulação realística, com foco em assistência ao parto vaginal fisiológico e manejo de complicações obstétricas.

As atividades previstas pelo PPA se estruturam em quatro componentes teóricos [7]:

- 1) Governança = coalização entre lideranças visando qualidade e segurança na atenção ao parto;
- 2) Mulheres e famílias = empoderamento das mulheres e suas famílias visando sua participação ativa no processo da gestação, parto e pós-parto;
- 3) Reorganização do cuidado = reorganização do cuidado assistencial visando favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e a realização de cesarianas baseadas em fatores clínicos;
- 4) Monitoramento = estruturação de sistemas de informação visando aprendizado contínuo.

Todas as atividades previstas pela intervenção são baseadas em evidências científicas [21] e em duas estratégias bem sucedidas de redução de cesariana em hospitais privados brasileiros [22,23]. Além disso, as atividades propostas atuam sobre os principais determinantes das

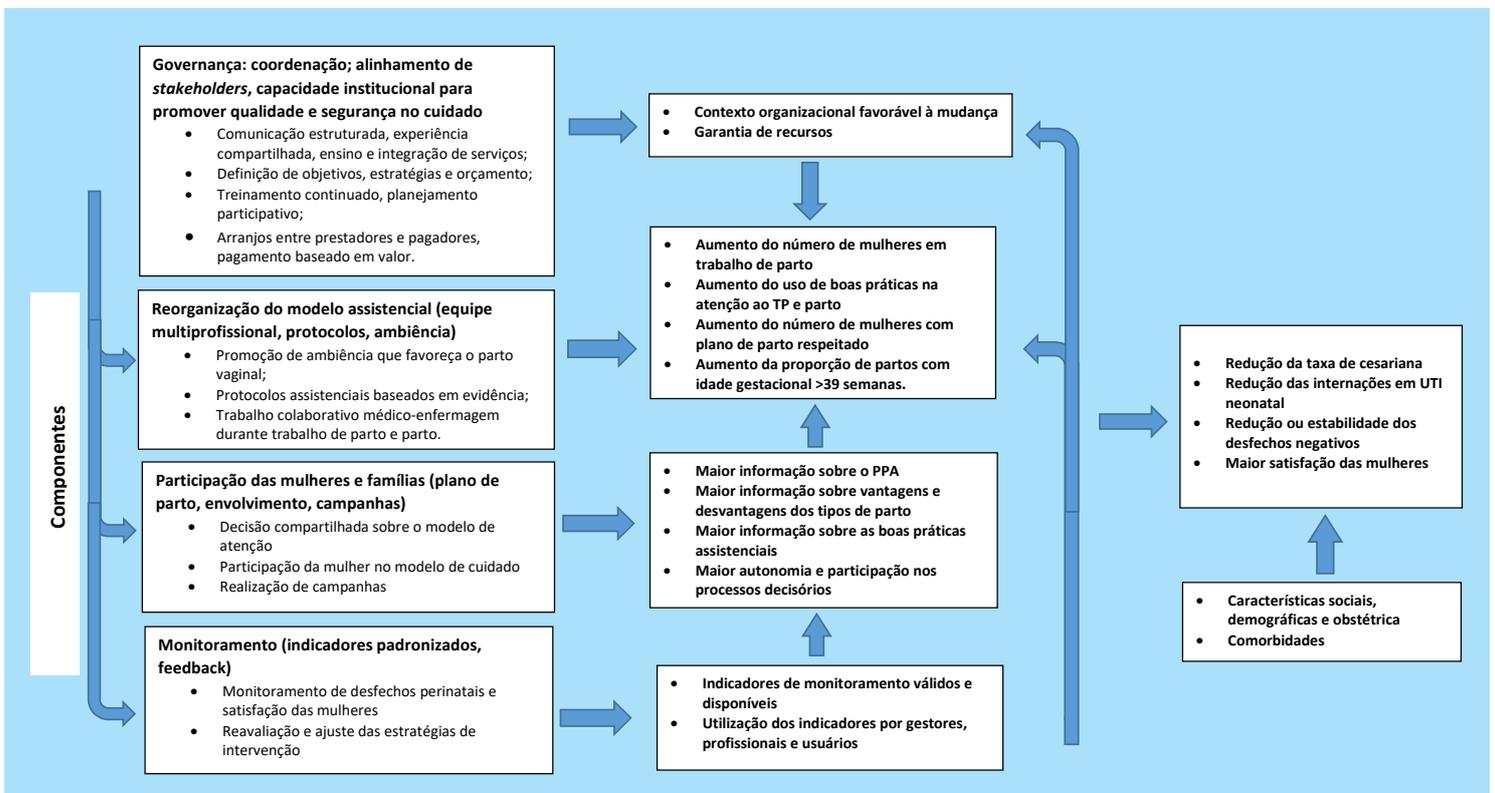


Figura 1 - Modelo lógico do "Projeto Parto Adequado" - Projeto de melhoria da qualidade, Intervenção multifacetada

Objetivo: Melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento.

Meta: Aumentar o percentual de partos vaginais para 40% até novembro de 2016

Contexto: Cultura pró cesariana x pressão social para redução das cesarianas no setor suplementar de saúde; ação regulatória da ANS com foco na qualidade e na segurança do paciente; enfermagem obstétrica com experiência na atenção ao parto; novos arranjos para contratos e pagamento da equipe médica; Qualidade e segurança do paciente como prioridades da gestão hospitalar; envolvimento e acompanhamento dos resultados da intervenção pela equipe de gestão do hospital e das operadoras de saúde.

altas taxas de cesariana descritos no item anterior: informação e preferência das mulheres em relação aos tipos de parto; redução das cesarianas anteparto por meio de novas formas de organização de cuidado, visando aumento da proporção de partos espontâneos e induzidos; assistência ao trabalho de parto e parto baseado em boas práticas, por profissionais capacitados, incluindo a participação de profissionais não médicos; ao mesmo tempo que investe na governança e no uso da informação para o processo de mudança. A figura 1 apresenta o modelo lógico da intervenção PPA.

A adesão ao PPA foi voluntária, envolvendo, numa primeira fase, um total de 35 hospitais, sendo: 26 hospitais denominados “piloto”, ou seja, hospitais submetidos à intervenção (22 privados, 4 públicos); 3 hospitais privados colaboradores; e 6 hospitais, denominados “seguidores” [24], que participaram de algumas atividades do projeto, como as reuniões presenciais e virtuais, mas não tiveram acesso aos treinamentos clínicos realizados em centro de simulação realística, ofertados somente aos hospitais piloto e colaboradores, nem contaram com mentoria um a um para a implantação das estratégias.

As equipes incluíram um representante da liderança executiva, um obstetra e uma enfermeira obstétrica. Durante os períodos de ação entre as SAP, as equipes foram treinadas para testar e implementar mudanças usando os ciclos PDSA (sigla em inglês para Planejar, Fazer, Estudar e Agir). As equipes reportavam dados mensalmente relativos a um conjunto de indicadores e relatórios sobre suas atividades em uma plataforma compartilhada entre todas as equipes.

A primeira fase teve duração de 18 meses, sendo finalizada em 2016. Em conjunto, os 35 hospitais apresentaram um aumento da proporção de partos vaginais de 22% para 38%, evitando 10 mil cesarianas sem indicação clínica e 400 internações em UTI neonatal. Os resultados dessa primeira fase piloto justificaram o lançamento da Fase 2, que teve início ainda em 2016, com ampliação do número de hospitais que aderiram voluntariamente à intervenção, estando 113 participando das atividades em fevereiro de 2019, sendo 87 hospitais privados [24]. Nessa segunda fase, hospitais com bom desempenho na primeira fase, ou seja, que implantaram as atividades previstas e alcançaram o efeito de redução da taxa de cesariana, passaram a ter o papel de apoiadores de hospitais localizados na mesma região geográfica.

A organização – Hospitais privados brasileiros

Embora a intervenção “Projeto Parto Adequado” tenha sido implantada em hospitais públicos e privados, a pes-

quisa avaliativa “Nascer Saudável” será realizada apenas em hospitais privados com atendimento por pagamento direto ou por meio de planos de saúde. É nesses hospitais com atendimento exclusivamente privado onde se observam as maiores taxas de cesariana no Brasil, com cesarianas realizadas predominantemente anteparto, não associadas a fatores clínicos e num modelo de atenção baseada na atenção pelo mesmo médico durante a gestação e o parto.

Apesar dessas características predominantes no setor privado, os hospitais participantes da intervenção PPA não são homogêneos, e existem características do contexto que podem afetar a forma com que a intervenção é implantada em cada local. Algumas dessas características nortearam os critérios adotados para a seleção dos 12 hospitais incluídos no estudo avaliativo “Nascer Saudável”: localização segundo macrorregião do país e ser um hospital pertencente a operadora de saúde [7]. Esses e alguns outros aspectos do contexto serão discutidos a seguir.

O Brasil é um país continental e as cinco macrorregiões apresentam diferenças socioeconômicas e culturais marcantes. No estudo “Nascer Saudável”, foram incluídos hospitais localizados nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste. Nenhum hospital localizado na região Centro-Oeste participou do PPA e o único hospital localizado na região Norte não foi incluído no “Nascer Saudável” por questões logísticas.

As regiões Norte e Nordeste apresentam os piores indicadores socioeconômicos e também a menor cobertura assistencial por planos de saúde. A região Nordeste apresenta a menor taxa de cesariana e as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste as maiores. Segundo dados do estudo “Nascer no Brasil”, a região Sudeste apresenta a maior proporção de partos vaginais assistidos por enfermeiras (23,5%) [25], o que pode refletir maior disponibilidade desse profissional, mas também uma maior incorporação de profissionais não médicos na atenção ao parto. É também na região Sudeste, no estado de São Paulo, onde existe o único curso de formação de obstetras, uma graduação específica para atenção ao período gravídico-puerperal. Enfermeiras obstetras e obstetras são as categorias profissionais não médicas habilitadas a prestar assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal, existindo evidências científicas de estudos nacionais [25,26] e internacionais [27] demonstrando maior uso de boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto, maior proporção de partos vaginais espontâneos e maior satisfação das mulheres em modelos assistenciais que incluem esses profissionais. Entretanto, esse trabalho colaborativo não é isento de conflitos [28,29]. Esses decorrem

não apenas das diferentes percepções desses profissionais sobre a organização do cuidado assistencial, em termos de responsabilidade e competências de cada membro da equipe, mas dos diferentes paradigmas que norteiam o cuidado ao parto [28,29]. Essas diferentes percepções podem afetar tanto as relações interprofissionais na prestação de cuidado cotidiano, como a própria prioridade da gestão na alocação de recursos para a contratação de profissionais de enfermagem e na elaboração dos protocolos assistenciais definindo as competências de cada categoria.

Além da maior atuação da enfermagem, os estados da região Sudeste têm modelos de atenção ao parto baseados em boas práticas implantados há mais tempo, principalmente em hospitais públicos, o que poderia favorecer a implantação das atividades relacionadas à reorganização do cuidado da intervenção PPA nos hospitais privados, já que frequentemente profissionais de saúde atuam nos dois setores. Tanto a formação acadêmica quanto a atuação prática dos profissionais de saúde, sejam eles médicos ou enfermeiros/obstetizes, podem afetar a implantação das atividades previstas pelo PPA, principalmente na reorganização do cuidado e no envolvimento das mulheres no processo decisório. Profissionais com uma percepção do parto como um ato médico, provavelmente apresentarão mais resistência a uma nova prática assistencial com menor uso de intervenções, com mais informação e suporte, e mais envolvimento das mulheres nas decisões relacionadas ao manejo do trabalho de parto e parto. Profissionais que valorizam sua autonomia profissional, e que atuam como profissionais liberais dentro das organizações, também podem apresentar mais resistência à adoção dos protocolos assistenciais propostos pelo PPA. É provável que profissionais mais familiarizados com diretrizes baseadas em evidências científicas tenham mais adesão aos protocolos clínicos, embora diversos fatores possam afetar a implementação de protocolos, exigindo estratégias diversas para garantir sua adoção [30].

Por fim, é também na região Sudeste onde se observa um aumento da demanda de mulheres por outros modelos de atenção ao parto, que se traduz no aumento do número de partos domiciliares planejados e do número de grupos de apoio a mulheres que buscam partos mais humanizados. Essa maior articulação das mulheres resultou inclusive na ação no Ministério Público movida contra a ANS. Essa maior demanda das mulheres por novos modelos de atenção poderia favorecer a implantação das atividades relacionadas ao componente “Mulheres e famílias”, bem como uma maior demanda das mulheres por assistência em hospitais que participam do PPA.

Um aspecto do contexto organizacional relevante para a

implantação do PPA é a tipologia do hospital, ou seja, se o hospital é próprio de uma operadora de plano de saúde ou não. Nossa hipótese é de que em hospitais pertencentes a operadoras de planos de saúde há maior facilidade para a implantação de mudanças porque esses hospitais são financiados e geridos pela mesma empresa. Ou seja, quem toma as decisões e financia a maior parte dos serviços hospitalares é a própria operadora de planos de saúde, sendo vantajosa a implantação de intervenções que resultem em redução de custos, como, por exemplo, a diminuição de internações em UTI neonatal. Já nos hospitais que não pertencem a operadoras de planos de saúde, a gestão do hospital é independente do financiamento, que é feito pelo pagamento direto pelos usuários, e, principalmente, pelo pagamento por planos de saúde. É necessário, portanto, que a gestão do hospital negocie com cada operadora de planos de saúde que financia seus serviços. Os interesses nessa relação são conflitantes, em função da predominância do *fee-for-service* (pagamento por serviço prestado) como modelo de pagamento. Ou seja, para os hospitais, é vantajoso manter a ocupação de leitos elevada, para aumentar o faturamento, enquanto, para as operadoras, há maior interesse em reduzir a utilização dos hospitais, para reduzir seus custos. Isso dificulta o consenso sobre mudanças no modelo de atenção. Os dois hospitais privados com experiências bem sucedidas na implantação de boas práticas na atenção ao parto e redução de cesarianas, que serviram de inspiração para o PPA, são hospitais pertencentes a operadoras de planos de saúde [22,23].

O porte e o perfil assistencial do hospital também podem facilitar ou dificultar a implantação das ações do PPA. É provável que hospitais maiores, com maior número de internações e de profissionais, tenham maior dificuldade de operacionalizar mudanças, já que este é um processo coletivo, que é de responsabilidade de todos os atores envolvidos, e que depende tanto da informação disponível e da capacidade de processá-la, como da participação de todos os membros visando melhorar sua capacidade de adaptação e dar sentido à ação coletiva [6]. Em hospitais de corpo clínico aberto, essa dificuldade pode ser ainda maior, já que um grande número de profissionais atua na organização de forma autônoma, dificultando o processo de mudança que deve ocorrer de forma global e integrada [6]. Quanto ao perfil, é possível que em hospitais que são referência para gestações de alto risco materno e fetal, os profissionais tenham mais dificuldade em lidar com o processo de trabalho e parto como eventos fisiológicos, que necessitam mais de apoio e monitoramento do que de intervenções, dado que em seu cotidiano lidam com situações de complicações e desfechos negativos.

A qualidade e a segurança do paciente como prioridades da gestão hospitalar são também fatores contextuais relevantes. O componente “governança” da intervenção PPA visa a coordenação e alinhamento dos atores envolvidos para garantir segurança e qualidade do cuidado. A implantação das atividades previstas nesse componente, que incluem planejamento participativo com definição de objetivos, estratégias e orçamento; comunicação estruturada e experiência compartilhada; treinamento continuado; interação de serviços; e arranjos entre prestadores e pagadores, podem ser afetadas pela prioridade dada pela macrogestão do hospital à qualidade e segurança do paciente. Arranjos entre prestadores e pagadores dependem da macrogestão do hospital, mas também da adesão das operadoras de planos de saúde ao PPA. A ação regulatória da ANS, com foco na qualidade e segurança do paciente, tem o potencial de favorecer esses arranjos. A prioridade da macrogestão também pode afetar a dispo-

nibilidade de recursos, principalmente para o componente reorganização do cuidado, que depende de modificações do espaço físico, mobiliário, recursos humanos e insumos visando a uma ambiência favorecedora do parto vaginal. Hospitais com recursos limitados podem ter maior dificuldade na reorganização do seu modelo assistencial e na implantação das boas práticas.

Por fim, insuficiência de recursos humanos e de equipamentos para coleta e processamento de dados e uma cultura organizacional que não valoriza o uso da informação para aperfeiçoamento dos seus processos pode dificultar a implantação das atividades do componente “monitoramento”, que tem por objetivo o monitoramento dos desfechos da intervenção e a reavaliação e ajuste das estratégias de intervenção.

O quadro 2 apresenta uma síntese das potenciais barreiras e facilitadores contextuais para a implantação das atividades do PPA.

Quadro 2 - Potenciais barreiras e facilitadores do contexto para implantação das atividades do PPA

Facilitadores potenciais	Barreiras potenciais
Mulheres e famílias	
Demanda por novos modelos assistenciais	Demanda por cesariana
Baixa proporção de cesariana prévia	Elevada proporção de cesariana prévia
Gestação de risco habitual	Complicações clínico-obstétricas
Governança	
Qualidade e segurança do paciente prioritárias para a macrogestão	Qualidade e segurança do paciente não prioritárias para a macrogestão
Elevada adesão das operadoras ao PPA	Baixa adesão das operadoras ao PPA
Hospital pertencente à operadora	Hospital de corpo clínico aberto
Disponibilidade de recursos orçamentários para adequação da ambiência	Ausência ou insuficiência de recursos orçamentários
Disponibilidade de recursos humanos e equipamentos para coleta e processamento de dados	Ausência ou insuficiência de recursos humanos e equipamentos para coleta e processamento de dados
Valorização do uso da informação para o monitoramento e gestão do serviço	Não valorização ou resistência ao uso da informação para o monitoramento e gestão do serviço
Profissionais de saúde	
Sistema de saúde local com práticas favorecedoras do parto vaginal	Sistema de saúde local com baixa implantação de práticas favorecedoras do parto normal
Percepção do parto como evento fisiológico (formação e prática)	Percepção do parto como ato médico (formação e prática)
Hospital com atenção predominante a gestantes de risco habitual	Hospital de referência para o alto risco materno e fetal
Disponibilidade de profissionais de enfermagem obstétrica e obstetras	Ausência ou insuficiência de enfermagem obstétrica e obstetras
Aceitação do trabalho colaborativo médico-enfermeiro no trabalho de parto e parto	Não aceitação do trabalho colaborativo médico-enfermeiro no trabalho de parto e parto
Adesão a normas clínicas/protocolos assistenciais	Ênfase na autonomia profissional

Considerações finais

A descrição do problema, da intervenção e do contexto permitiu verificar a potencialidade do “Projeto Parto Adequado” para a redução das cesarianas desnecessárias em hospitais privados brasileiros, bem como levantar hipóteses sobre potenciais barreiras e facilitadores do contexto para a implantação das atividades previstas. Entretanto, somente a análise, interpretação e discussão dos dados coletados com os diversos usuários da avaliação, numa abordagem contextualizada e co-produzida, permitirá um melhor conhecimento da intervenção e seu aprimoramento, objetivo principal de uma avaliação com foco na utilidade.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia Inovações e Comunicações; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde; Fundação Bill e Melinda Gates; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Bibliografia

- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contrandopoulos AP, Denis J-L. L'analyse d'implantation. In: Brousselle A, Champagne F, Contrandopoulos AP, Hartz ZMA, editors. Concepts et méthodes d'évaluation des interventions. Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. 332 pags, 2ª edition, pp 237-273.
- Contrandopoulos AP, Champagne F, Sainte-Marie G, Thiebault G-C. Conception et évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé. In: Suárez-Herrera JC, Contrandopoulos AP, Barros FPC, Hartz ZMA, editors. La performance des systèmes et des services de santé - un enjeu incontournable. Canada: Les Presses de l'Université de Montréal, 2017, pp 17-46.
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- Potvin L, Haddad S, Frolich KL. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: Irving R, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. editors. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO regional publications. European series, 2001; No. 92: pp 45-62
- Conner RF, Fitzpatrick JL, Rog DJ. A first step forward: Context assessment. In: Rog DJ, Fitzpatrick JL, Conner RF, editors. New Directions for Evaluation 2012;135 (Special Issue: Context: a framework for its influence on evaluation practice): 89-105.
- Hartz, ZMA. Contextualizando a implantação das intervenções e da Avaliação em Saúde: um ensaio pragmático. In: Samico I, Felisberto E, Frias PG, Santo ACGE e Hartz Z, editors. Desafios na Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Medbook, 2015, pp 3-20.
- Torres JA, Leal MDC, Domingues RMSM, Esteves-Pereira AP, Nakano AR, Gomes ML, Figueiró AC, Nakamura-Pereira M, de Oliveira EFV, Ayres BVDS, Sandall J, Belizán JM, Hartz Z. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health*. 2018;15(1):194.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335:1025.
- Horta BL, Gigante DP, Lima RC, Barros FC, Victora CG. Birth by caesarean section and prevalence of risk factors for non-communicable diseases in young adults: a birth cohort study. *PLoS One*. 2013;8:e74301.
- Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary caesarean delivery. *Birth*. 2014;41:237-44.
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharaux C et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG*. 2016; 123(3): 427-436.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em 30 de maio 2019.
- Rebello F, Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High caesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89:903-8.
- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (supl 1): S101-S116.
- Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):128.
- Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011; 118:391-9.
- Potter EJ, Berquó E, Perpetuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323:1155-8.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30 (supl 1):S17-S32.
- Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after caesarean section vs elective repeat caesarean delivery: a systematic review with meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 224-31.
- The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. Disponível em <http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHI'sCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>, acesso em 02 de junho de 2019.
- Chaillat N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*. 2007;34:53-64.
- Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz ZMA, Gama SGN, Theme-Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (supl 1):S220-S231.
- Borem P, Ferreira JBB, da Silva UJ, Valério Júnior J, Orlanda CMB. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia*. 2015;37:446-54.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto Parto Adequado. Participantes. <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado/participantes>. Acesso em 28 de maio de 2019.
- Gama SG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, Schilithz AO, Leal MD. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):123.
- Vogt SE, Silva KS, Dias MA. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):304-13.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667.
- Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama Ade S, d'Orsi E, Barbosa GP. Cooperation and conflict in childbirth care: representations and practices of nurses and obstetricians. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1425-36.
- Jacobson CH, Zlatnik MG, Kennedy HP, Lyndon A. Nurses' perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(5):577-87.
- Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for healthcare professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008; 8:38.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.