

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Departamento de Enfermagem

Ana Carolina Peregrino de Freitas

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NA
EMERGÊNCIA GINECO-OBSTÉTRICA**

Brasília - DF

2014

Ana Carolina Peregrino de Freitas

PERCEPÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA GINECO-OBSTÉTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ciências da Saúde como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.
Orientador (a): Prof^ª. Dra. Silvéria Maria dos Santos

Brasília – DF

2014

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA GINECO-
OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em 03 de dezembro de 2014 pela Banca
Examinadora composta por:

Professora Dra. Silvéria Maria dos Santos

Orientadora

Professora Ms. Rejane Griboski

Avaliadora

Professora Ms. Antonia de Jesus Angulo Tuesta

Avaliadora

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA GINECO -
OBSTÉTRICA**

**PERCEPTION OF WOMEN ATTENDED IN GYNECOLOGICAL –OBSTETRICS
EMERGENCY**

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS EM EMERGENCIAS GINECOLÓGICO

Ana Carolina Peregrino de Freitas¹
Silvéria Maria dos Santos²

¹Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Email: anacarolunb@gmail.com.

²Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), doutora em epistemologia feminista e história das mulheres, mestre em ciências da saúde (UnB). Email: silveriamsantos@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: avaliar o acesso, o atendimento e a continuidade do cuidado às mulheres em idade reprodutiva no setor da Emergência Gineco-Obstétrica do Hospital Universitário de Brasília. **Método:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa a partir da análise do fluxograma analisador, forma de classificar o acesso ao serviço e o fluxo de atendimento das mulheres que participaram da pesquisa. **Resultados/Discussão:** Foram avaliadas algumas dimensões do atendimento como: a agilidade; confiabilidade; empatia; segurança e tangibilidade. **Conclusão:** O atendimento prestado no setor em questão necessita de mudanças para melhoria do atendimento. Dentre estas mudanças estão: a visão dos profissionais com relação a integralidade do cuidado, a multidisciplinariedade e a continuidade do cuidado prestado. **Palavras-Chave:** Humanização. Saúde da mulher. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate access, service provided and continuity of care for women in reproductive age in the Gynecology and Obstetrics Emergency sector of the University Hospital of Brasilia. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach based on the analysis of the flow chart analyzer, a way of classifying the access to the service and the flow of care of women who participated in the survey. **Results / Discussion:** Some dimensions of care were evaluated, such as: agility; reliability; empathy; security and tangibility. **Conclusion:** The care provided in the sector in question requires changes to improve the service. Among these changes are: the professionals' view of comprehensive care, the multidisciplinary and continuity of care provided. **Keywords:** Humanization. Women's health. Patient satisfaction.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el acceso, la atención y la continuidad de la atención a las mujeres en edad reproductiva en el sector de la ginecología y la Universidad de Emergencia Obstétrica del Hospital de Brasilia. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo descriptivo del análisis analizador de diagrama de flujo, la forma de clasificar el acceso a los servicios y el flujo de la atención de las mujeres que participaron en la encuesta. **Resultados / Discusión:** Un total de algunas dimensiones de la atención como: agilidad; fiabilidad; la empatía; la seguridad y la tangibilidad. **Conclusión:** La atención recibida en el sector en cuestión necesita cambios para mejorar el servicio. Entre estos cambios son: Vista de los profesionales con respecto a una atención integral, siempre que el multidisciplinar y continuidad de la atención. **Palabras clave:** Humanización. Salud de la mujer. La satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

O tratamento dado a saúde das mulheres é marcado por um histórico de discriminações e negligências, principalmente daquelas que encontram-se mais vulneráveis, como as negras, pobres, portadoras de HIV, prostitutas e as que abortaram.¹

Quanto à conquista dos direitos das mulheres, estes se iniciaram com a Declaração Universal dos Direitos Humanos no ano de 1948. Em 1960, com o advento dos métodos contraceptivos, houve uma mudança na vida e no papel social da mulher, pois esta ingressou no mercado de trabalho e passou a ter a liberdade na sua vida sexual.²

Mudanças ocorreram no âmbito da saúde, em 1984, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi considerado um marco na saúde da mulher por abranger saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção do câncer de mama e do colo de útero e as doenças sexualmente transmissíveis.²

Um dos direitos conquistados pelas mulheres foi o de ter acompanhante junto à parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, garantido pela Lei 11.108 de 2005.³ Diante dos inúmeros casos de morte de mulheres por agressões e maus-tratos, o governo brasileiro implementou no ano de 2006 a Lei Nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, que fez com que agressões às mulheres fossem reconhecidas como crime e que tivessem as devidas penalizações legais.²

Outro aspecto importante de ser trabalhado é o conceito de humanização no âmbito da saúde, que surge como um princípio ligado aos direitos humanos tanto expresso individualmente quanto socialmente. O ponto chave do conceito de humanização é a dignidade e o respeito à vida do ser humano, tendo como ênfase a relação entre o cliente e o profissional da saúde.⁴

O conceito de humanização foi instituído como um princípio de dois programas de saúde, que são: Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001 e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano de 2002.⁴

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o déficit na qualidade do serviço de saúde dos países subdesenvolvidos tem acarretado muita preocupação. Dessa forma, um dos grandes desafios da saúde definidos como um dos oito objetivos do milênio, é a melhoria na saúde da mulher.⁵

Correlacionando a saúde da mulher com a satisfação do cuidado à saúde e o serviço da enfermagem, infere-se que estes profissionais são essenciais para o vínculo do cliente com a unidade de prestação de serviço, pois é a enfermagem que mantém o contato ininterrupto com o cliente, promovendo a manutenção, a recuperação e a reabilitação por meio do cuidado. E por conta

de vínculo maior com esse grupo de profissionais, seu trabalho pode influenciar o julgamento dos usuários no que refere-se à reputação do hospital.⁶

Para entender o processo de atenção vivenciado neste serviço de saúde, tivemos como referência a abordagem teórica de Emerson Merhy quando diz: “a organização do processo de trabalho em saúde surge como a principal questão a enfrentar a mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades”.⁷

Trata-se de uma representação gráfica do processo de trabalho desta unidade, elaborado de forma centrada na usuária. Dessa forma, serão avaliadas algumas dimensões relacionadas ao atendimento que são: a agilidade; confiabilidade; empatia; segurança e tangibilidade.⁴

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a agilidade é definida como unidades de saúde localizadas geograficamente em locais acessíveis, prezando pela distância e o transporte dos usuários. Neste contexto, os pacientes devem ter um cuidado rápido em emergências e tempo de espera curto em consultas e tratamentos.⁴

Confiabilidade é definido por Vaitman (2005) como o cumprimento dos serviços de saúde e se estes encontram-se habilitados para a realização da atividade. O termo empatia é definido pelo mesmo autor como o cuidado e a atenção individualizada ao usuário. Envolve o acesso, a comunicação e o atendimento ao consumidor/usuário.⁴

Segurança é definida como o entendimento e a capacidade de transferir responsabilidade e segurança, isentando os usuários do perigo, risco e da dúvida.⁸

Tangibilidade é caracterizada como os aspectos físicos - instalações, equipamentos – que cercam as atividades de prestação de serviço, mostrando a importância destes para a qualidade da assistência.⁸

Com base na situação descrita, tem-se como objetivo avaliar o acesso, o atendimento e a continuidade do cuidado às mulheres em idade reprodutiva no setor da Emergência Gineco-Obstétrica do HUB/UnB, conforme a representação do fluxograma analisador de Emerson Merhy.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa a partir da análise do fluxograma analisador, realizado no Hospital Universitário de Brasília, no setor da Emergência Gineco-Obstétrica. A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada. Foram realizadas 15 entrevistas com mulheres entre 18 a 41 anos.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da UnB. O número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS) é 34787714.1.0000.0030.

O estudo qualitativo tem como característica a sua direcionalidade e o fato de não se preocupar em enumerar ou medir eventos. Os métodos qualitativos têm mais enfoque no processo social do que na estrutura social, ou seja, buscam visualizar o contexto e integrar-se empaticamente com o processo, para que haja uma melhor compreensão do fenômeno.⁹

A investigação a ser realizada por meio do fluxograma analisador de Emerson Merhy, permitirá análise, questionamentos dos processos de trabalho e ainda revelará a maneira como deve ser administrado. Por meio deste estudo, esperamos ser capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas presentes, bem como os saberes e práticas predominantes.

No contexto do estudo, o fluxograma analisador terá como objetivo classificar as formas de acesso ao serviço da emergência Gineco-Obstétrica do Hospital Universitário de Brasília e o fluxo de atendimento das mulheres que participaram da pesquisa.⁷

As entrevistas foram gravadas e transcritas mantendo o conteúdo das falas na íntegra. As questões que foram abordadas na entrevista foram:

1. Foi fácil chegar à Emergência Obstétrica- HUB?
2. É a primeira vez que é atendida na Emergência Gineco-Obstétrica do HUB?
3. Como estava o estado de conservação da unidade? Os banheiros estavam limpos?
4. O local onde foi atendida permitiu sua privacidade? Era confortável?
5. Esperou muito tempo pelo atendimento na Emergência Obstétrica?
6. Faltaram equipamentos e/ou materiais para o seu atendimento? A unidade possuía todos os medicamentos necessários para o seu tratamento?
7. Faltaram profissionais para o seu atendimento?
8. Os profissionais que te atenderam prestavam os cuidados com segurança?
9. Foi tratado com respeito pela equipe profissional? Os profissionais que te atenderam lhe chamavam pelo seu nome?
10. A equipe foi clara ao informar sobre o seu problema de saúde? Ela te ajudou a compreender seu estado de saúde?
11. Os cuidados prestados pela equipe profissional foram humanizados? Permitiram que o seu acompanhante permanecesse ao seu lado?
12. Após o atendimento na Emergência, você foi encaminhada para o laboratório para fazer exames?
13. Realizaram algum exame na emergência obstétrica?
14. Após a medicalização/ estabilização do seu quadro você recebeu alta?
15. Ao receber a alta, foi encaminhada para o setor de marcação de consulta?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 15 entrevistas com mulheres em idade reprodutiva no setor da Emergência Gineco-Obstétrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Dentre as entrevistadas, 13 (86,66%) eram gestantes.

Do total de mulheres que participaram da pesquisa 11(73,33%) relataram que já conheciam o setor e 4 (30,76%) realizavam o Pré Natal no próprio hospital.

Faixa Etária

No que se refere aos dados sobre a faixa etária das participantes, 7% das entrevistadas estão entre 11 a 19 anos, 13% entre 40 a 49 anos, 33% entre 20 a 29 anos e 47% entre 30 a 39 anos. Dessa forma, pode-se notar que a maioria das participantes encontram-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, o que sugere, que a população que procurou os serviços da Emergência Gineco-Obstétrica do HUB neste período são mulheres adultas.

Estado Civil

Sobre o estado civil, 40% declararam-se solteiras e 60% casadas. Já os dados referentes a etnia/cor, 7% declararam-se preta; 7% amarela; 21% morena clara; 29% branca e 36% parda. Com relação aos dados referentes ao estado civil e a cor/etnia depreende-se que a maioria das entrevistadas eram casadas 9 (60%) e declararam-se pardas 5 (36%).

Escolaridade

No que tange os dados sobre a escolaridade, 7% relataram ter ensino fundamental incompleto; 7% ensino fundamental completo; 20% ensino médio incompleto; 53% ensino médio completo e 13% ensino superior completo. Um dado muito relevante, pois a maior parte das mulheres entrevistadas possuem o ensino médio completo (53%).

Profissões

A respeito das profissões, obtivemos dados muito diversificados. São eles: 7% autônoma; 7% merendeira; 7% técnica de segurança do trabalho; 7% auxiliar de escritório; 7% serviços gerais; 7% desempregada; 7% correspondente da caixa; 7% técnica de laboratório; 7% professora; 15% operadora de caixa e 22% doméstica. Dentre as profissões, as mais comuns foram respectivamente doméstica (22%) e operadora de caixa (15%).

Motivo da procura do serviço

Acerca do motivo da procura do serviço, 9% das entrevistadas foram ao serviço por conta da infecção urinária na gestação; 9% endometriose; 9% investigação de abortamento; 9% crescimento intrauterino restrito (CIUR); 9% dor na gestação; 27% trabalho de parto e 28% realização de exames/consulta.

+ Procedimentos realizados no setor

Segundo os dados da pesquisa, os procedimentos realizados no setor foram: 7% ecografia transvaginal; 7% medicalização; 14% ecografia; 21% controle glicêmico; 22% exames laboratoriais e 29% cardiocografia (CTB).

Contudo, infere-se que a maior procura pelo serviço da Emergência Gineco-Obstétrica do HUB é devido à realização de exame/consulta com 28% dos casos, seguido do trabalho de parto com 27%. E que os procedimentos mais realizados neste setor foram a cardiocografia (CTB) com 29% dos casos e exames laboratoriais com 22%.

Nesta pesquisa, trabalhamos algumas dimensões do cuidado, com o objetivo de avaliar o acesso, o atendimento e a continuidade do cuidado prestado pela equipe de profissionais no setor da emergência Gineco-Obstétrica do HUB. Dentre essas dimensões, abordaremos a agilidade, a confiabilidade, empatia, segurança e a tangibilidade.⁴

+ Agilidade

De acordo com os dados obtidos, podemos inferir que quanto a agilidade, a maioria (80%) não teve dificuldades/problemas com relação a este setor. Muitas mulheres relataram facilidade ao acesso e um curto tempo de espera para o atendimento, pois o que se espera é um cuidado rápido em emergência e um período reduzido de espera em consultas e tratamentos. Cerca de 13,33% relataram dificuldade em relação ao acesso e 20% disseram ter esperado muito tempo para serem atendidas. Neste aspecto, observamos relativa satisfação das participantes da pesquisa no quesito da agilidade. Algumas falas sobre o tempo de espera para o atendimento:

“Não, foi super rápido.” (C.M)

“Não, em torno de nem 10 minutos.” (M.A.S)

“Hoje sim, pelo que me passaram o médico estava numa cesárea.” (M.J.O.R)

+ Segurança

No que tange à segurança, infere-se que os cuidados prestados pela equipe não trouxeram nenhum dano ao usuário, quanto aos procedimentos realizados. Para Las Casas (1999), segurança é definido quando os clientes esperam dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança por meio do conhecimento dos funcionários, neste caso, dos profissionais de saúde.¹⁰ Pode-se dizer, que a equipe conseguiu transmitir essa segurança ao usuário, que é possível ver em algumas falas:

“A equipe prestou cuidados com segurança. Eu gostei muito do atendimento deles...”; “... eles são bem atentos com a agente, né? A gente chega, um faz uma coisa, o outro vem e repete. Então, isso ajuda muito, né?” (W.S)

“Atenderam, pelo menos passaram bastante segurança.” (C.M)

+ Tangibilidade

É sabido, que a qualidade dos serviços de saúde é percebida pelos usuários por meio dos componentes tangíveis e intangíveis. O componente tangível caracteriza-se pelo o que o cliente

enxerga, ou seja, a aparência física do setor. Mas precisamente, são os aspectos físicos que circundam a atividade prestada, bem como a importância no fator de influência como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários, dentre outros aspectos. E os componentes intangíveis estão associados ao relacionamento entre a equipe de saúde e os clientes.⁷ No que reporta-se a tangibilidade, 33,33 % das mulheres entrevistadas alegaram que é preciso melhorias na estrutura física da unidade.

Algumas falas mostram claramente a necessidade de reforma no setor. Sobre o estado de conservação da unidade:

“Tá meio precário.” (C.M)

“Tá um pouquinho desgastado. Precisa um pouco mais de atenção pra poder ficar melhor”. (N.A.C)

“Tá boa, em vista dos hospitais perto de onde eu moro.” (L.P.A.F)

Quanto aos banheiros:

“... não estão limpos...Acho muito jogado, sei lá, pequenininho para mulheres. Só um pra tomar banho, fazer xixi...” (L.G.C.P)

Em relação a falta de equipamentos, materiais, medicamentos e profissionais da saúde, não foram relatados problemas pelas entrevistadas.

“Até agora nunca me faltou nada, nenhum medicamento” (N.A.C)

“Não. Com relação ao número de profissionais tá tudo ok.” (M.J.O.R)

“A todo momento teve materiais “(C.M)

Confiabilidade e Empatia

A confiabilidade e empatia estiveram presentes no que concerne o atendimento com respeito pela equipe, na compreensão e clareza quanto a informação sobre seu estado de saúde e no cuidado humanizado. Pois confiabilidade caracteriza-se pela habilidade de suprir o serviço com o desempenho prenunciado de maneira confiável e aprimorada⁸, e empatia trata-se do grau de cuidado e atenção destinados aos clientes, com a habilidade de colocar-se no lugar do outro, além da disposição de ajudar e gerar serviços com presteza. Algumas falas mostram a visão das mulheres quanto a essa dimensão do cuidado:

“Eles me explicaram super bem... Eles me deram o primeiro atendimento, pediram exames, me apoiaram super bem.” (C.M)

“Trataram com respeito, com toda certeza.” (W.S)

A partir da análise de dados, foi possível notar a questão da vulnerabilidade institucional, que se compreende pela avaliação de um território ou unidade de saúde, tomando por base as ações propostas e efetivadas para o confronto dos problemas apresentados pelos usuários, no que tange a lei do acompanhante, que na sua maioria é negado esse direito as mulheres, com a justificativa de haver problemas com relação a estrutura física do setor.¹¹ Algumas opiniões sobre a permanência do acompanhante:

“Não, aqui não...” (T.S.P)

“Não, quando estou na emergência não.” (N.A.C)

Para Mehry, o usuário espera estabelecer uma relação com o funcionário (profissional da saúde), o que gera um acolhimento, permitindo a atuação do profissional em relação ao seu sofrimento/problema de saúde. Contudo, acredita-se que as ações realizadas neste processo tragam benefício e que consiga alterar essa situação.¹²

É importante ressaltar a ausência do acolhimento e classificação de risco na emergência Gineco-obstétrica do HUB, fator que influencia as dimensões do cuidado e a inadequação das políticas públicas no hospital.

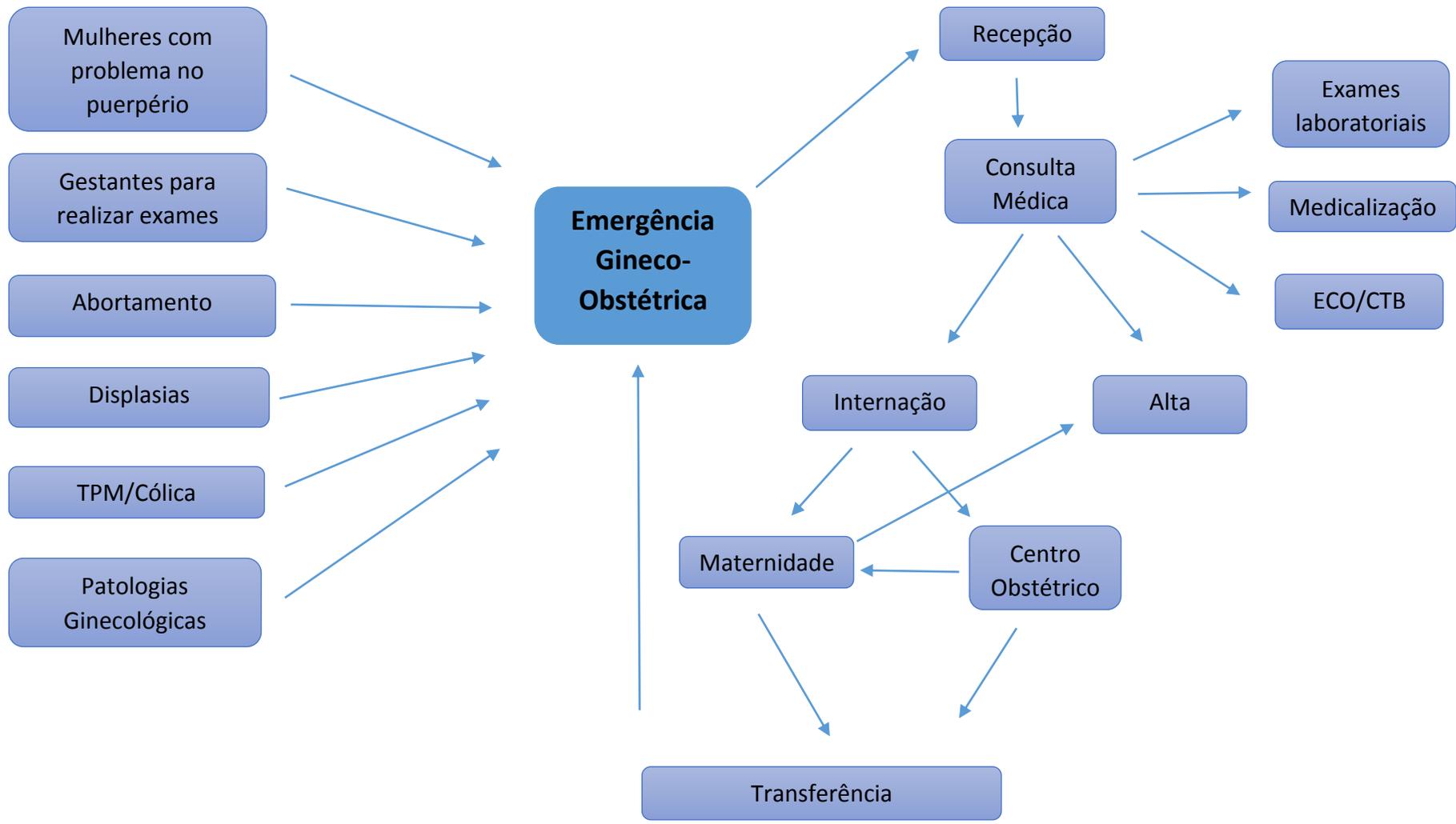
O processo de acolhimento consiste em trabalhar para atender os usuários de forma a assumir uma postura adequada ao acolhimento, escuta e das respostas a estes usuários. Dessa forma, o atendimento garantirá uma resolubilidade e responsabilização tanto para o usuário, quanto para a família no que refere ao atendimento e funcionamento dos serviços de saúde.¹³

Essa classificação pode seguir diversos modelos, entretanto, o modelo de Manchester que trabalha com o tempo de espera e a simbolização das cores, seja o mais apropriado. Este sistema de classificação estabelece a prioridade do atendimento conforme a maior gravidade da situação clínica.¹³ Para isso, é necessário a formulação de fluxogramas que aborde as diversas possibilidades de triagem nos serviços de urgência e emergência. Com o fluxograma, o profissional deverá estar atento aos sinais e sintomas trazidos pelos usuários para que a identificação dos discriminadores gerais e /ou específicos descritos em cada um dos níveis de classificação. São eles: Vermelho (atendimento imediatamente – Emergência); Amarelo (atendimento com prioridade -Urgência); Verde (atendimento sem risco de morte imediato) e Azul (atendimento de quadro crônico, sem sofrimento agudo).¹³

Neste estudo, foi elaborado um fluxograma analisador a partir dos sujeitos desta pesquisa com relação ao atendimento realizado na emergência gineco-obstétrica do HUB. Este permite analisar e questionar os processos de trabalho, além de captar os saberes e práticas desenvolvidas no setor.

O aspecto mais importante do fluxograma analisador é a capacidade de propiciar aos profissionais de saúde deste hospital a visualização do seu processo de trabalho, para que desta forma, consigam encontrar alternativas de remodelá-lo. Produzirá respostas importantes para a formulação e reformulação da política de saúde no Hospital Universitário/UnB.

O Fluxograma analisador, indica a necessidade de rever a efetividade e o apoio do serviço, pois as mulheres atendidas na emergência não referem encaminhamento para consulta de retorno. Elas indicam em suas falas que foram cuidadas no que se referia às suas queixas por meio da medicalização, sem que seja investigado o quadro que motivou o acesso a emergência gineco-obstétrica.



Percebemos que as mulheres que possuem queixas ginecológicas e que procuram o setor para realizar algum exame, que há uma descontinuidade das ações devido à baixa integração entre a emergência gineco-obstétrica e as demais unidades de saúde intra-hospitalar e o restante da rede de assistência, em especial a atenção básica. Dessa forma, para estas mulheres não se constatou a indicação de ações de educação em saúde e nem continuidade do tratamento, em outros níveis de atenção à saúde.

Como se vê no fluxograma, são três as possibilidades de saída: alta para residência, a transferência para a internação no Centro Obstétrico (CO) ou Maternidade e a transferência para outro hospital da cidade.

Conforme vimos nos depoimentos das mulheres que participaram da pesquisa, na alta para casa, muitas não foram referidas à rede básica ou para a consulta de retorno. Quando referidas, são feitas por escrito, onde em geral o profissional médico descreve de forma sucinta o quadro analisado e a hipótese diagnóstica, sejam para a alta hospitalar ou para o encaminhar o agendamento de retorno no ambulatório deste serviço.¹⁴

Rollo (1997), alerta que para que haja a reconstrução das práticas assistenciais nos hospitais públicos é necessário a inclusão do trabalho em equipe, com os esclarecimentos de cada especificidade, a importância dos profissionais no processo de cura e complementariedade e a solidariedade assistencial entre os profissionais e a equipe de saúde. Dessa forma, as competências geradas pelo relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe são fundamentais para a construção de técnicas assistenciais e pela integralidade do cuidado à saúde.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAS

A partir do trabalho realizado neste estudo, considerando a análise de dados, podemos dizer que o acesso, o atendimento e a continuidade do cuidado quando não estão em equilíbrio, interferem a gestão do cuidado. O cuidado idealizado recebido pela mulher, é a soma de pequenos cuidados parciais que se completa de maneira mais ou menos consciente entre os diversos cuidadores que trabalham no setor hospitalar. Dessa forma, o cuidado em saúde compreende-se por atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes.

Sabemos que na atualidade é importante que os profissionais da saúde consigam ter uma visão integral dos indivíduos, agregando os aspectos biopsicossociais. No entanto, a racionalidade médica ocidental está muito presente, onde a atenção integral ao usuário acaba ficando em segundo plano.

As falas das mulheres não indicam a assistência multidisciplinar no setor, apesar de reconhecer a importância deste aspecto no cuidado, onde as equipes de profissionais se articulam e compartilham informações sobre o processo do cuidado.

Para isto, poder-se-ia lançar mão da educação em saúde, que está extremamente ligada ao conceito de promoção da saúde, pois trata de processos que englobam a participação da equipe como um todo no contexto de vida e não somente das pessoas que possuem algum risco de adoecimento. Este conceito, está baseado na definição de saúde como um estado positivo e dinâmico de busca de bem estar, integrando os aspectos físicos, mentais, ambiental, pessoal e social.

Em vista disso, a educação em saúde torna-se uma estratégia de promoção da saúde, onde estimula-se o processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e de direitos à saúde.

Sugerimos que sejam realizadas mais pesquisas no HUB, como uma forma de identificar as possíveis falhas na estrutura e no processo do cuidado, para que os clientes possam estar cientes dos cuidados que estão recebendo e que estes possam ter continuidade.

Uma metodologia que auxilia o processo de trabalho é o fluxograma, pois com ele, pode-se ter uma visão ampliada do que precisa ser melhorado dentro do cuidado prestado.

Este aspecto foi considerado na realização deste estudo, como um fator desencadeador para darmos os primeiros passos nesta abordagem, necessitando de aprofundamento e contribuição de múltiplos sujeitos e olhares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo 2001.
2. Leite ACNMT, Paes NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2009, 16(3): 705-714.
3. Brasil. Lei Nº 11.108, de 07 de Abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
4. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 599-613.
5. Maia CS et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011, 16(5): 2567-2574.
6. Morais AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013; 15(1):112-20.
7. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
8. Fadel MAV, Filho GIR. Percepção da Qualidade em Serviços Públicos de saúde. *RAP — Rio de Janeiro*. 2009, 43(1): 07-22.
9. Neves JL. Pesquisa Qualitativa: Característica, uso e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*. 1996, 1(3).
10. Las Casas AL. Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
11. Gondim R. Qualificação de gestores do SUS. / Organizada por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes – 2.ed. versão Ampliada. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

12. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In. Cecílio, L.C. de O. (org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap 3, p. 117-160.
13. Costa JMB. Relato de experiência da classificação de risco em UBS- Centron de Saúde Marivanda Baleeiro. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
14. Santos DL, Madruga LRRG. O uso da “ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção” para gestão estratégica de pessoas com base nas competências no setor de internação pediátrica do HUSM. Sociais e Humanas, santa Maria, V.20- Edição especial – Setembro 2007 – p.117-132.