

MARGARIDA EMÍLIA MUTTONI RONCATTO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DO PROGRAMA PILOTO DE
AUDITORIA DE CESARIANAS REALIZADO NO CENTRO OBSTÉTRICO
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2004

MARGARIDA EMÍLIA MUTTONI RONCATTO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DO PROGRAMA PILOTO DE
AUDITORIA DE CESARIANAS REALIZADO NO CENTRO OBSTÉTRICO
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração
Programa de Pós-graduação em Administração

Orientadora: Prof^a. Maria Ceci Misoczky

Porto Alegre

2004

Margarida Emília Muttoni Roncatto

ANÁLISE DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DO PROGRAMA PILOTO DE
AUDITORIA DE CESARIANAS REALIZADO NO CENTRO OBSTÉTRICO DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito à obtenção de título de Especialista em Gestão de Saúde.

Porto Alegre, maio de 2004.

Banca Examinadora:

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 O CONTEXTO DA PESQUISA	9
1.1 Descrição do Serviço de Ginecologia.....	9
1.2 Atividades de Ensino-Aprendizagem.....	11
1.3 Descrição do Centro Obstétrico	12
1.4 O Projeto de Auditoria de Cesarianas	13
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	17
2.1 Conceitos de Avaliação	17
2.2 Avaliação Tradicional	20
2.3 O que é Feedback?	20
2.4 A importância do Feedback no desenvolvimento de talentos.....	22
2.5 Como o Feedback está sendo utilizado hoje	23
2.6 identificação das práticas pedagógicas no Programa Piloto de Avaliação e Auditoria de Cesarianas	25
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
4 RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA	30
4.1 Atividades realizadas no plantão.....	30
4.2 Orientação para os Médicos Residentes.....	31
4.3 Esclarecimento dos objetivos do Programa	34
4.4 Implicações nas condutas obstétricas.....	36
4.5 Como se sentiu sendo avaliado em relação às condutas obstétricas no momento do parto?.....	38
4.6 Opinião sobre o Programa de Avaliação e Auditoria de Cesarianas.....	40
4.7 A vivência dos auditores.....	43
4.8 Impacto no índice de cesarianas.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS56

ANEXOS58

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um intenso e sustentado aumento na incidência de cesarianas, sendo quase um fenômeno mundial, que expressa um desejo da sociedade moderna de utilizar a tecnologia para controlar o imprevisível. As taxas de cesarianas variam enormemente entre países, regiões, hospitais, com uma nítida preponderância para taxas mais altas em hospitais que atendem pacientes de classes socioeconômicas elevadas.

A Noruega, por exemplo, tem taxas estáveis de cesarianas, abaixo de 15% (BACKE; HEGGESTAD, 2003); outros, como os Estado Unidos têm taxas em torno de 23% (MENACKER; CURTIN, 2001). Na Itália 33% (DANATI; GRANDOLFO, 2000), no Chile 45% (MURRAY; SERANI, 2002). 850.000 cesarianas desnecessárias são feitas a cada ano na América Latina (BELIZÁN et al, 1999).

No Brasil, nos últimos anos, tem se registrado uma tendência decrescente das taxas de cesarianas, especialmente entre usuários do Sistema Único de Saúde, como resultado de uma intensa campanha de incentivo ao parto normal e penalização dos hospitais públicos que tivessem taxa acima de 30%, feitos pelo Ministério da Saúde. Em 1980 a taxa era de 31%, chegando a 25% em 2001. No

entanto, está acima de 60% entre as pacientes que freqüentam hospitais através de planos de seguro saúde e clínicas privadas (BRASIL, 2000). No Rio Grande do Sul a média fica em torno de 37% (BRASIL, 2000). Explicações para essas taxas, muito acima dos parâmetros recomendados (no máximo 15%) pela Organização Mundial da Saúde – OMS – são: a organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde e a demanda por cesarianas por parte das parturientes – a “cesariana a pedido” – que tem sido atribuída a fatores sócio-culturais (WHO, 1985). Não há nenhum estudo científico que justifique a recomendação de no máximo 15%. Por outro lado, (BELIZÁN, 1999) mostrou que a mortalidade materna na América Latina caiu com o aumento da taxa de cesariana até 15%, acima do qual não há mais benefícios. Portanto, 15% deve ser a taxa mínima.

Embora o risco de morte nas cesarianas seja cerca de dez vezes maior quando comparado ao parto normal, estudos recentes têm mostrado que quando a cesariana é feita de maneira eletiva (cesariana sem emergência, fora do trabalho de parto), o risco de mortalidade materna é menor do que nas pacientes em que se aguarda o trabalho de parto, que pode resultar em parto normal ou cesariana de emergência (LUCAS, 2002; YOLES; MASCHIAN, 1998). A cesariana é vista, culturalmente, como uma maneira moderna e sem dor de dar à luz a um bebê, sendo um risco desnecessário para as mulheres e seus bebês. Representa conforto ao médico, já que se trata de uma cirurgia com hora marcada e, geralmente, mais rápida que o parto normal, evitando a espera de um trabalho de parto que pode, ainda assim, evoluir para cesariana. Outro motivo para o aumento de cesarianas é o risco aumentado, a que o médico está exposto, de sofrer processos judiciais nos partos normais.

Em Porto Alegre, entre 1998 a 2000, 45% dos processos judiciais contra especialidades médicas são de Obstetrícia (DEPARTAMENTO MÉDICO LEGAL, 2000), e, nestes casos, os quesitos que mais freqüentemente os juízes fizeram aos peritos foram relacionados aos motivos pelos quais os obstetras não fizeram a cesariana antes do nascimento. No Departamento Médico Legal de Porto Alegre não há registro de queixa por parte de pacientes que se submeteram a cesarianas sem necessidade. Portanto, o profissional em situação de dúvida utilizará a prática da cesariana para proteger-se.

É inquestionável o valor da cesariana para salvar vidas e prevenir seqüelas neonatais e, por outro lado, o aumento da incidência de cesarianas além do limite de seus benefícios, incrementa a morbidade e o custo, se comparados com partos normais (FREITAS, 2001).

Medidas de cunho educativo se impõem na formação dos estudantes de medicina e médicos residentes de ginecologia e obstetrícia que, pela cultura adquirida na residência médica, serão disseminadores de condutas assistenciais em obstetrícia. No Hospital de Clínicas estão sendo tomadas medidas de gestão e de ensino com o objetivo de incidir positivamente na saúde do binômio feto-materno. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende à rede pública e é um hospital de referência para pacientes com gestação de alto risco. Sua taxa de cesarianas tem se mantido constante, em uma média de 25 a 30%. A meta do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia é chegar a 20%, adotando práticas educativas com os profissionais envolvidos.

A partir deste contexto surge o tema central deste projeto de pesquisa: analisar as práticas pedagógicas do Programa Piloto de Auditoria de Cesarianas do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,

Os objetivos específicos são:

- Identificar as práticas pedagógicas utilizadas.
- Analisá-las segundo as recomendações da literatura.
- Conhecer a vivência dos profissionais auditados.
- Analisar a influencia da avaliação nos resultados dos índices de cesarianas durante o programa de auditoria.
- Propor estratégias pedagógicas para melhoria do programa.

1 O CONTEXTO DA PESQUISA

1.1 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, é uma empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e autonomia administrativa vinculada à supervisão do Ministério da Educação. Possui uma diversidade de especialidades, todas prestando serviços ao Sistema Único de Saúde. Entre elas o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, composto de:

- 22 professores de Medicina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia;
- 28 médicos contratados (regime CLT);
- 21 médicos residentes;
- doutorandos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia que integram as equipes durante dois meses, organizados em escala, iniciando seu contato diário com pacientes;
- acadêmicos e médicos ligados à atividade de pesquisa.

Existem 5 sub-especialidades dentro do Serviço, divididas em 5 equipes, e também uma de Emergência Ginecológica. Cada uma destas equipes são compostas por:

- 3 a 5 Professores;
- 1 a 2 Médicos Contratados;
- 3 Médicos Residentes (um do 1º, um do 2º e um do 3º ano da residência médica).
- doutorandos;
- acadêmicos.

A escolha do chefe do serviço é feita pelo presidente do hospital entre os professores de Medicina. Os Chefes dos Serviços Médicos contam com apoio de administradores, que facilitam os processos para operacionalizar as necessidades gerenciais.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia é composto por várias áreas de atendimento assim distribuídas:

- emergência ginecológica 24hs;
- ambulatório diariamente (atendendo consultas referenciadas pela central de marcação do Sistema Único de Saúde);
- centro obstétrico 24hs;
- internação obstétrica;
- centro cirúrgico ambulatorial, atendendo cirurgias de pequeno porte;
- bloco cirúrgico, para cirurgias de maior porte.

Estas áreas são atendidas pelas equipes que têm uma rotina de atividades pré-estabelecidas para cada dia da semana, atendendo dentro de sua sub-

especialidade. No fim de semana o centro obstétrico é atendido por médicos contratados e residentes, sendo o médico contratado responsável pelos plantões.

Existem perfis diferenciados de professores, entre eles os que participam ativamente do ensino e assistência, os que participam com menos freqüência, e os que realizam trabalhos individuais de pesquisa. Os professores que não possuem mestrado ou doutorado estão retornando à sala de aula, muitas vezes tendo como colegas seus ex-alunos que já saem da residência para o mestrado.

Os níveis da residência médica são estruturados para serem realizados em três anos, sendo suas atividades de responsabilidade gradualmente crescente. Atualmente existe seleção aberta, através de edital de concurso público para o terceiro ano. O HCPA é o local mais procurado para realizar a residência médica, por ser bem estruturado e com bolsa de remuneração concedida pelo MEC. Os alunos que ingressam na residência médica são muito bem preparados, egressos de bons colégios e já enfrentaram várias competições até então. O médico residente tem uma longa caminhada até chegar à residência médica. Passa por uma prova de seleção da AMRIGS com peso 9, entrevista com peso 0,5, avaliação de currículo com peso 0,5, sendo, portanto, uma especialização altamente competitiva.

1.2 ATIVIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM

São propiciadas várias situações, tais como:

- discussões de casos semanalmente (segundas feiras casos Obstétricos e quartas feiras casos ginecológicos);
- discussões de artigos;

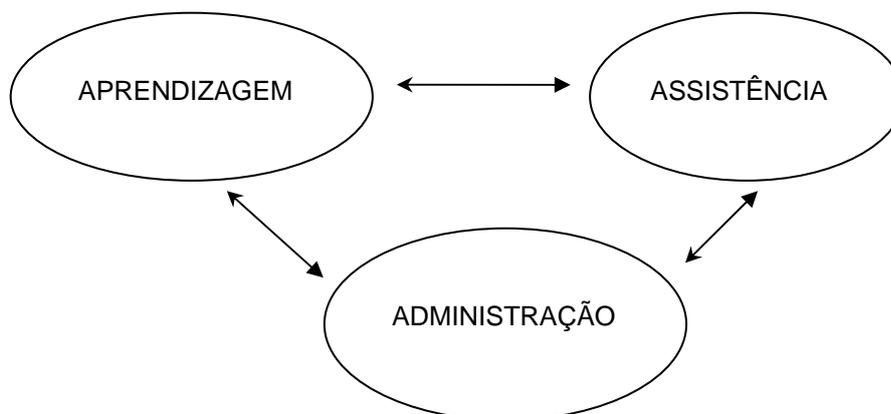
- cada equipe realiza um seminário por semana dentro de sua sub-especialidade;
- práticas tutoriais no bloco cirúrgico e no centro obstétrico;
- o médico residente toma condutas no atendimento a consultas ambulatoriais orientadas por um preceptor médico (professor ou contratado);
- *rounds* por professores na troca de plantões, onde são discutidos os casos.

Todo aprendizado dos residentes é baseado na formação de equipes, com algum nível hierárquico e responsabilidades compartilhadas. Em caso da paciente vir a acionar judicialmente o Hospital ou equipe de saúde, o chefe e os integrantes da equipe são chamados para prestarem esclarecimentos técnicos.

1.3 DESCRIÇÃO DO CENTRO OBSTÉTRICO

O Centro Obstétrico é uma área de grande demanda, pois é um centro de referência para gestação de alto risco no Rio Grande do Sul, atendendo principalmente pacientes do SUS. É um local de aprendizado e treinamento, com alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Programa de Residência Médica, credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica do MEC. É um local que propicia ao médico residente ou acadêmico de medicina, através do envolvimento dos professores, um convívio interprofissional com enfermeiras, psicólogas, anestesistas, pediatras, assistentes sociais, onde os modelos de práticas obstétricas são incorporados pelos alunos.

Caracteriza-se pela integração das áreas de:



O Centro Obstétrico foi recentemente informatizado, propiciando indicadores como ferramentas de apoio à tomada de decisões gerenciais.

A Comissão de Perinatologia faz um trabalho de integração entre médicos da obstetrícia com médicos do Serviço de Neonatologia. Esta Comissão vem trabalhando na solução de problemas. Uma iniciativa foi a criação de um placar eletrônico que mantém as duas partes informadas quanto às gestantes de risco, proporcionando, assim, uma previsão da necessidade de leitos para o recém-nascido. Foi criado, também, um Grupo de Trabalho com os médicos do Serviço de Anestesia para diminuir conflitos gerados pela falta dos mesmos nas constantes necessidades do Centro Obstétrico. Estes processos gerenciais têm um objetivo comum: melhorar a assistência prestada à paciente.

1.4 O PROJETO DE AUDITORIA DE CESARIANAS

Desde a sua inauguração em 1980, até o ano de 2000, a taxa média de cesarianas do HCPA era de 26,5%. Em 2001 subiu para 29,9% e, em 2002, ficou em 28,81%. O índice fixado, arbitrariamente, pela Organização Mundial da Saúde é de

15% desde o ano de 1985, sendo aceito pela comunidade científica como referência (BELIZÁN et al, 1999).

No Hospital de Clínicas foi desenvolvido um Programa Piloto de Auditoria das Indicações de Cesarianas, de cunho educativo, para melhorar a assistência médica e formar profissionais com habilidades adequadas. Existe uma grande variabilidade de julgamentos entre os médicos frente a determinadas indicações. O Programa teve como objetivo identificar tendências de incremento, diminuição ou estabilização na taxa de cesarianas do HCPA, identificando entre os médicos contratados que indicam cesariana a variabilidade de algumas indicações mais sujeitas a interpretações individuais. O Programa visou fornecer *feedback* aos médicos sobre possíveis mudanças de condutas diminuindo as indicações desnecessárias.

O Programa Piloto foi desenvolvido no período de 01 de dezembro de 2002 a 31 de outubro de 2003. Foram utilizados questionários, onde o médico foi solicitado a especificar dados e justificativas sempre que a indicação da cesariana fosse mais sujeita à variabilidade individual de julgamento, como nos casos de: sofrimento fetal agudo; desproporção céfalo-pélvica; falha de indução no trabalho de parto; ausência de condições de indução de parto; cesariana prévia; risco de demanda judicial contra o médico. De cada questionário foram feitas três cópias, sem identificação do(s) médico(s) indicador(es) e distribuídas a três dos cinco auditores ou avaliadores em ordem seqüencial, sempre excluindo da auditoria o médico indicador da cesariana. Os auditores classificaram a indicação da cesariana em: correta; provavelmente correta; provavelmente incorreta ou incorreta. Os auditores justificaram sua classificação. A cada semestre cada médico indicador recebia, em caráter sigiloso, um relatório com as classificações de todas as suas indicações de cesarianas.

Os dados obtidos não podiam ser incluídos no prontuário assistencial, sendo mantido sigilo absoluto sobre o nome dos médicos indicadores, auditores e pacientes. Em situações especiais e em caráter sigiloso, quando um ou mais médicos fossem classificados como incorretos em suas indicações, o Chefe do Serviço de Ginecologia e/ou o Chefe do Centro Obstétrico chamariam o(s) médico(s) indicador(es) para discussão técnico-científica, visando o melhor atendimento das pacientes e dos recém-nascidos.

O projeto piloto teve como resultados:

- De novembro de 2002 a setembro de 2003 houve tendência de aumento da taxa de cesarianas demonstrado no Gráfico 1.
- Somente 41% das cesarianas realizadas pelas indicações descritas foram levadas à auditoria.
- Não houve indicação que tenha sido realizada erroneamente mais freqüentemente que as outras.
- Das 300 cesarianas auditadas, 37 foram indicadas por professores e 263 por médicos contratados do centro obstétrico.
- Das 300 cesarianas auditadas, 24 foram consideradas incorretas, sendo 15 pela conduta de sofrimento fetal agudo.

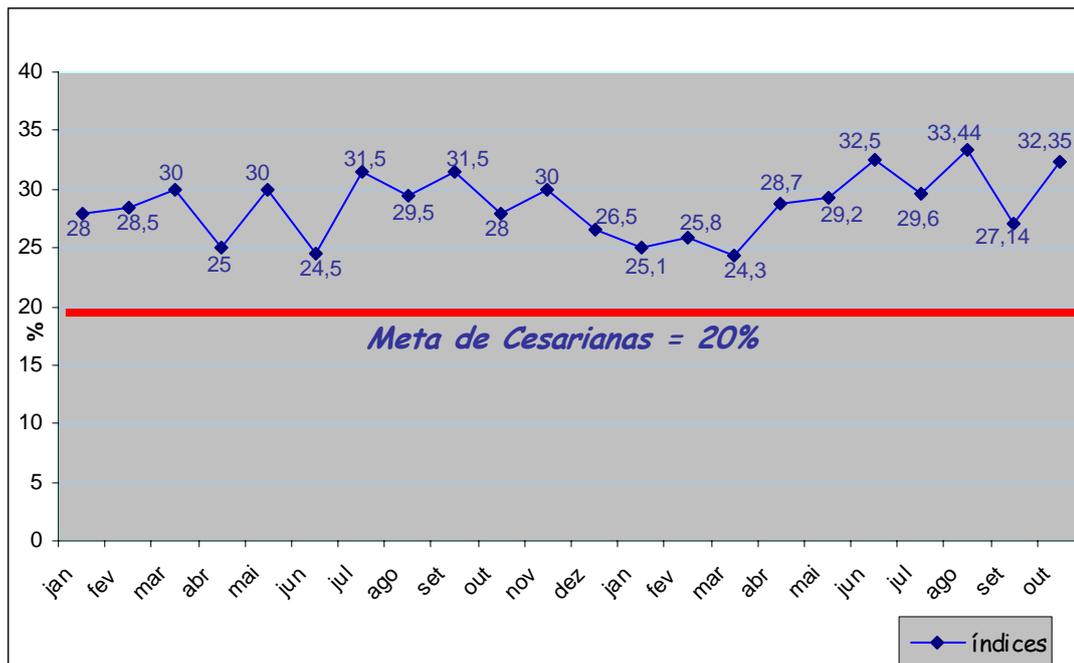


Gráfico 1: Índice de Cesarianas - HCPA – 2002 / 2003
 Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia HCPA

Este Programa será reformulado em alguns pontos que apresentaram falhas e será reimplantado via sistema informatizado. Estão sendo criados, também, protocolos assistenciais para parto normal e cesariana com o intuito de desenvolver nos médicos residentes uma prática padronizada.

Um grupo de Professores coordena a edição de dois livros intitulados Rotinas em Ginecologia e Rotinas em Obstetrícia (4 volumes). Estes livros têm a participação de professores, médicos contratados e médicos residentes do Serviço. Deverão servir de referencial de consulta para as condutas no Centro Obstétrico.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O referencial teórico que orientou este trabalho está fundamentado nos seguintes conceitos básicos: avaliação como uma prática educativa, a importância do *feedback* para melhorias do desempenho e conceitos de educação.

2.1 CONCEITOS DE AVALIAÇÃO

Para Hoffmann (1991) a avaliação é essencial à educação. Inerente e indissociável enquanto concebida como problematização, questionamento e reflexão sobre a ação. Posturas pedagógicas tradicionais de transmissão e informação de conteúdos inquestionáveis necessitam de reformulação. Nessa dimensão educativa os erros são considerados como episódios altamente significativos e impulsionadores da ação educativa.

Questionar e questionar-se é uma premissa básica de uma perspectiva construtivista. A avaliação não é uma prática indissociável da ação educativa. É um processo permanente de controle da ação.

Segundo Hoffmann (1991), o “fenômeno avaliação” é hoje um fenômeno indefinido. Professores e alunos que usam o termo atribuem-lhe diferentes significados relacionados, principalmente, aos elementos constituintes da prática avaliativa tradicional: prova, nota, conceito, reprovação. Estabelecem uma relação direta entre tais procedimentos e avaliação, com grande dificuldade de compreender tal equívoco. Dar nota é avaliar, fazer prova é avaliar, o registro das notas denomina-se avaliação. Ao mesmo tempo, vários significados são atribuídos ao termo: análise de desempenho, julgamento de resultados, medida de capacidade, apreciação do “todo” do indivíduo. É um fenômeno indefinido, uma razão de controvérsias entre alunos e professores.

Nos equívocos e contradições que se estabelecem em torno dessa prática, a decorrência é a dicotomia educação e avaliação. Os educadores percebem a ação de avaliar como dois momentos distintos e não relacionados. Exercem essas ações de forma diferenciada. Ainda segundo Hoffmann (1991), um professor que não avalia, concebendo a avaliação constantemente a ação educativa, no sentido indagativo, investigativo do termo, instala sua docência em verdades absolutas, pré moldadas e terminais. A avaliação é reflexão transformada em ação que nos impulsiona a novas reflexões. Reflexão permanente do educador sobre sua realidade e acompanhamento do educando na sua trajetória de construção do conhecimento através de um processo interativo.

Avaliar é dinamizar oportunidades de ação-reflexão, num acompanhamento permanente do professor, que incitará o aluno a novas questões a partir de respostas formuladas. Uma prática coerente com essa perspectiva exige do professor o aprofundamento de teorias do conhecimento. A avaliação deixa de ser um momento terminal do processo educativo, para se transformar em busca

incessante de compreensão das dificuldades do educando e na dinamização de novas oportunidades de conhecimento (HOFFMANN 1991).

A prática avaliativa concebida como julgamento de resultados pré-determinados baseia-se na autoridade e respeito unilaterais – do professor. Impõem-se ao aluno, imperativos categóricos que limitam o desenvolvimento de sua autonomia moral e intelectual. Esta prática desconsidera a importância da reciprocidade na ação educativa.

Os instrumentos de medida, em educação, podem alcançar altos índices de fidedignidade (menor variabilidade entre os que corrigem a mesma prova), mas isso não é essencial em avaliação. A avaliação significa justamente a relação entre dois sujeitos cognoscentes, que percebem o mundo através de suas próprias individualidades, portanto, subjetivamente. A ação avaliativa de acompanhamento e reflexão necessita de consistência metodológica, a elaboração de instrumentos válidos para a investigação. É uma tarefa complexa que exige domínio (HOFFMANN 1991).

Para Silva (2001), avaliar é sinônimo de apreciar, julgar, estimar ou determinar o valor de alguma coisa ou de alguém. Num sentido mais geral, quando realizamos uma avaliação, estamos analisando ou julgando alguém em alguma situação ou atividade. Assim pode-se dizer que a prática da avaliação é um processo inerente a qualquer atividade humana, sendo base para tomada de decisão sobre qualquer situação que envolva escolha. Nas organizações encontramos o processo avaliativo a todo o momento.

2.2 AVALIAÇÃO TRADICIONAL

Para Gramignia (2002), houve um tempo em que a tarefa de avaliar era responsabilidade exclusiva das chefias e realizada sigilosamente. O resultado da avaliação não era utilizado como *feedback* ao funcionário, e o processo era vinculado à remuneração. Além da forma autoritária como a avaliação era conduzida, a parcialidade muitas vezes acontecia. A regularidade também era um fator relevante, pois não acontecia com frequência, perdendo assim a oportunidade de dar parâmetros ao funcionário sobre sua atuação dentro das exigências de sua ocupação.

Nos últimos anos o processo vem sofrendo uma série de aditivos, sempre sinalizando para a abertura e descentralização. As chefias já discutem suas percepções com o funcionário no momento da avaliação. Principalmente, há uma forte tendência em verificar contribuições, metas, resultados e competências ao invés de fixar características pessoais. Hoje a avaliação está inserida no contexto de desenvolvimento e ampliação do domínio de competências (GRAMIGNIA 2002).

A ação de avaliar o ser humano é um paradoxo: a eterna busca pela evolução da necessidade de mudar o que pode ser mudado, em conflito com a dificuldade de aceitar críticas objetivando mudanças (GRAMIGNIA 2002).

2.3 O QUE É FEEDBACK?

Segundo Moscovici (1989), *feedback* é um processo de ajuda para mudança de comportamento; é a comunicação a uma pessoa, ou grupo, no sentido de fornecer-lhe informações sobre como sua atuação está afetando outras pessoas. O

feedback eficaz ajuda o indivíduo ou grupo a melhorar seu desempenho e, assim, a alcançar seus objetivos. *Feedback* é uma das mais ricas sessões de treinamento, tanto em nível individual quanto grupal. É uma necessidade que o indivíduo tem de situar-se na adequação ou inadequação de suas condutas, de modo a corrigir as ineficiências e manter os acertos.

Segundo Gramignia (2002), receber *feedback* consiste em reconhecer como os seus comportamentos estão sendo percebidos, ou como estão afetando as equipes de trabalho e resultados. Para tornar-se realmente um processo útil, o *feedback* necessita ser esclarecido para assegurar uma comunicação precisa. Os insucessos freqüentes na comunicação interpessoal têm indicado, entretanto, que embora compreendida e aceita intelectualmente a necessidade de obter uma avaliação das condutas individuais (ou de grupo), não são fáceis de serem seguidas tanto no processo de dar *feedback* quanto no de receber (MOSCOVICI 1989). É difícil aceitar possíveis ineficiências, especialmente em situações de trabalho, que podem afetar nosso *status* ou imagem. O profissional pode sentir que sua independência esteja sendo violada. Geralmente, quando percebe que está contribuindo para manter o problema tende a reagir defensivamente, negando a validade do *feedback*.

Em nossa cultura, o *feedback* ainda é percebido como crítica e tem implicações emocionais e sociais, por isso, é difícil dar *feedback* em uma equipe de trabalho. Muitas vezes o profissional não está preparado para recebê-lo, ou não deseja nem sente sua necessidade. A tentativa de argumentar mais para convencê-lo ou pressioná-lo, aumenta a resistência e pode levar o avaliado a racionalizar, procurando justificar-se (MOSCOVICI 1989). É necessário entender que não estamos tratando de um processo tão simples. Ao receber *feedback*, as pessoas

demonstrarão reações em cadeia, como rejeição, raiva, racionalização e aceitação (GRAMIGNIA, 2000).

2.4 A IMPORTÂNCIA DO FEEDBACK NO DESENVOLVIMENTO DE TALENTOS

Segundo Gramignia (2000), atualmente gerentes e colaboradores vêem o *feedback* como instrumento de desenvolvimento e elemento essencial no gerenciamento de competências. Ao lançar mão dessa ferramenta as lideranças e os times de trabalho passam a cultivar a idéia de que deve traduzir sua competência em comportamentos necessários para a organização. O *feedback* deve ser entendido como processo para aquisição e desenvolvimento de competências contribuindo para o aperfeiçoamento do desempenho individual. O processo é uma via de mão dupla. Tanto a pessoa que transmite, como a que recebe o *feedback*, precisam estar abertas e flexíveis à mudança para que os resultados sejam alcançados.

Entre as atitudes adequadas de quem fornece *feedback* dentro de um objetivo pré-estabelecido, podemos citar que o *feedback* deve ser fornecido no tempo ótimo. Se deixar um prazo muito longo para o retorno, a pessoa provavelmente não lembrará mais do ocorrido, ou não terá impacto na conduta avaliada. Preparar-se para lidar com justificativas de não-aceitação. Geralmente quem recebe um *feedback* acredita que dentro de sua realidade fez um bom trabalho (GRAMIGNIA 2002).

Entre as atitudes adequadas de quem recebe a avaliação, podemos citar que o *feedback* é sobre seu trabalho, não sobre sua pessoa, e que o mesmo contribuirá para seu autodesenvolvimento, que faz parte da cultura organizacional, que espera

habilidades e competências para atingir um determinado objetivo (GRAMIGNIA 2002).

O *feedback* utilizado de forma estruturada e oportuna, acelera o processo de mudança e auxilia o indivíduo na aquisição de comportamentos mais assertivos da organização.

2.5 COMO O FEEDBACK ESTÁ SENDO UTILIZADO HOJE

Segundo Gramignia (2000), a cultura das organizações também se modifica com o uso do *feedback*. Esta ferramenta está sendo utilizada com o objetivo de subsidiar decisões gerais com relação às pessoas, avaliar seus potenciais, treinar e desenvolver, apoiar mudanças de cultura, auxiliar na implantação de programas. O *feedback* deve estar presente em todos os processos organizacionais e pode ser visto como um incentivo ao colaborador que viabiliza mudanças e energias necessárias para promover mudanças e crescimento.

Segundo Roland e Frances (2002), a crítica é ligação entre as coisas que você faz e diz e a compreensão do impacto que as mesmas exercem sobre as outras pessoas. Quando o objetivo é influenciar pessoas no trabalho, saber criticar adequadamente é, talvez, a habilidade interpessoal mais significativa que se pode desenvolver. Essa habilidade é o elemento diferenciador dos profissionais que se empenham em transmitir idéias e conhecimentos, e desenvolver as habilidades dos participantes do grupo de treinamento, daqueles que se preocupam apenas em ministrar cursos.

Qualquer que seja sua natureza, a crítica é definida como: toda informação específica referente a um determinado comportamento ou desempenho, que

encoraja uma pessoa a melhorá-los, reforçá-los ou desenvolvê-los; toda informação que leva uma pessoa a tomar consciência de seu desempenho, ou atingiu o padrão desejado, a fim de incentivá-lo e reafirmá-lo, ou se ficou abaixo das expectativas, a fim de evitá-lo e encaminhá-lo em direção ao padrão desejado. A crítica bem feita é construtiva, pois ela tem como finalidade construir um comportamento sobre aquilo que é bom e planejar um posterior crescimento (ROLAND, FRANCES 2002).

Uma crítica é positiva quando visa reforçar o comportamento ou desempenho que está atingindo o padrão desejado, e negativa quando visa corrigir e melhorar o desempenho insatisfatório. Tanto a crítica positiva quanto a negativa podem e devem ser construtivas, porém os problemas concernentes a essa questão são: a falta de crítica positiva e a crítica negativa feita de tal maneira que seu caráter se torna destrutivo (ROLAND, FRANCES 2002).

A crítica fornece informações sobre o comportamento e o desempenho com base em dados objetivos, de tal maneira que a pessoa criticada mantém uma atitude positiva em relação a si própria e seu trabalho. Estimula a pessoa a comprometer-se com o planejamento pessoal, a fim de buscar padrões estabelecidos de comportamento e desempenho. A crítica está intrinsecamente ligada ao processo de aprendizagem. Sempre que se faz uma crítica, se ajuda a pessoa a aprender, isto é, adquirir novos conhecimentos e técnicas (ROLAND, FRANCES 2002).

O trabalho em equipe é fundamental para o sucesso da maioria das Organizações. Cada vez mais, as pessoas trabalham como membros de equipes e passam de uma equipe para outra com uma frequência maior que no passado. A capacidade dos membros da equipe de criticar construtivamente é uma das peças fundamentais desse processo (ROLAND, FRANCES 2002).

No Processo ensino-aprendizagem desenvolve-se uma influência interpessoal entre professor e aluno para obter objetivos previamente estabelecidos que visam à modificação intencional de comportamento. Gage (1969, p.14) diz que “ensino é qualquer influência interpessoal cujo propósito é mudar os modos segundo os quais as pessoas virão a comportar-se”.

A educação, para Sant’Anna (1986), é uma atividade intencional que visa um fim, e este fim, é a formação de uma pessoa. O conceito de educação dependerá do conceito de pessoa, de como se integra consigo mesma e com os outros. Nesse contexto, é necessário revisar o conceito de educação que cada um incorpora como seu. O fundamental é que cada um elabore ou assuma um ou mais conceitos de educação, mesmo que sejam reformulados, complementados a luz da própria experiência, que também são modificados continuamente. Ser educado, é atingir um estado de maturidade buscando o e experimentando, num processo dinâmico, localizado no tempo e no espaço.

2.6 IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO PROGRAMA PILOTO DE AVALIAÇÃO E AUDITORIA DE CESARIANAS

Muitos são os componentes envolvidos no processo de mudança, sendo um componente básico a metodologia de ensino como instrumento facilitador. O Programa Piloto de Avaliação e auditoria de cesarianas foi uma técnica de avaliação investigativa, de cunho educativo, com proposta de fornecer *feedback* individual e grupal. Visava abranger os médicos contratados, os professores e também a organização, já que grande parte dos médicos contratados são frutos da formação do mesmo Hospital Universitário que os avaliou.

O Hospital de Clínicas é uma organização de ensino que presta assistência à população. Um local propício para disseminar culturas de condutas obstétricas e habilidades adequadas. Utilizando o *feedback*, que é uma das formas mais efetivas de ensino, poder-se-ia desenvolver mudança de comportamento na equipe, que é instrumento ativo de mudança, com capacidade de multiplicar transformações quando tem parâmetros claros.

Este Programa foi implantado como ferramenta para diagnóstico das condutas obstétricas adotadas em quatro situações mais comuns de interpretações individuais, e tentar corrigir as indicações desnecessárias, diminuindo assim o índice de cesarianas da organização. Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário que o indicador da cesariana deveria preencher toda vez que a indicação fazia parte das quatro indicações mais sujeitas a interpretações individuais: sofrimento fetal agudo, desproporção céfalo pélvica, falha de indução de trabalho de parto e risco judicial.

Apesar do nome “Auditoria de Cesarianas”, não se caracterizava em julgamento rígido, já que três avaliadores dariam suas interpretações com olhares diferentes e critérios flexíveis. O objetivo era, claramente, identificar a provável existência de condutas inadequadas objetivando a padronização de condutas obstétricas.

Trata-se de uma avaliação que permite que os profissionais se avaliem e sejam avaliados, gerando dados representativos de um Centro Obstétrico que atende gestantes de alto risco. Na medida que a ação avaliativa segue uma função dialógica e interativa, ela promove os indivíduos moral e intelectualmente, tornando-os críticos e participativos.

Auditoria e feedback podem se tornar efetivos no aperfeiçoamento profissional, atualmente, ainda com pequeno a moderado efeito na cultura das práticas obstétricas (JAMTVEDT et al, 2003).

Segundo Freire (1986, p.23), o diálogo é uma espécie de postura necessária, na medida em que os seres humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e refazem “através do diálogo, refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos a seguir atuar criticamente para transformar a realidade”.

Aprendizagem, segundo Hoffmann (1991), significa modificação de comportamento de alguém que ensina, produz em alguém que aprende. Avaliação significa controle permanente exercido sobre o avaliado no intuito dele chegar a demonstrar comportamentos definidos como ideais pelo avaliador.

Este Programa foi utilizado nos EUA, Califórnia, com duração de cinco anos, e teve resultado no índice de cesarianas. O resultado foi a longo prazo e a avaliação foi feita por sistema de informação computadorizada entre dois Hospitais, com *feedback* intensivo.

Foi uma proposta inédita em um hospital universitário, por isso teve conotação de vigilância e causou alguns problemas no seu entendimento como se verá na apresentação e análise dos resultados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realização deste trabalho foi adotado o método qualitativo por entender ser este o mais adequado aos objetivos aqui propostos, e por permitir observar uma realidade de acordo com os sujeitos entrevistados, sem pretensão de generalizar os resultados.

Os profissionais entrevistados foram os médicos contratados do Centro Obstétrico, que aqui serão identificados com as letras de “A” até “O”, já que o foco do Programa de Avaliação e Auditoria de Cesarianas foi dirigido aos mesmos por estarem em plantões de 12 ou 24h; e os quatro auditores, identificados por números de 1 a 4, sendo três professores e uma médica contratada.

Como procedimento de coleta de informação, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, (anexos 1 e 2), por representarem um dos instrumentos básicos para coleta de dados que permitem ao entrevistado discorrer sobre as informações que ele dispõe sobre assunto, e por permitir uma interação entre quem pergunta e quem responde

Com o objetivo de manter a fidedignidade de tais entrevistas, as mesmas foram gravadas e transcritas com o consentimento informado do entrevistado (Anexo 3).

A análise se realiza a partir da transcrição de afirmações feitas pelos entrevistados e consideradas relevantes a partir dos objetivos deste estudo.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

4.1 ATIVIDADES REALIZADAS NO PLANTÃO

Considerando as funções previstas para o Médico contratado do Centro Obstétrico, você acredita que as funções executadas estão dentro do que foi previsto?

Nº	sim	Em parte	não
10	X		
4		X	

D - “Envolvimento com questões administrativas, transferências, providenciar leitos, falta de suporte nos plantões noturnos e fins de semana.”

I - “Às vezes trabalhamos com acadêmicos e doutorandos, o que não deveria ser nossa função.”

M - “Pelo hospital ter mudado de perfil desde sua fundação, estamos fugindo da questão de ensino, que se deveria fazer, passagem de conhecimento, e fazendo somente assistência, com grande volume e estrutura deficiente.”

J - “Na passagem de plantão o médico plantonista assume a responsabilidade de uma conduta que não era a sua e muitas vezes não concorda, em certas situações discutindo situações com a pediatria a respeito de condutas que eram da equipe anterior.”

C - “Como é um plantão de emergências obstétricas, têm momentos de sobrecarga, compensados por outros calmos.”

N - “O ensino vem junto com a assistência e o atendimento dado às pacientes por médicos residentes e doutorandos sem muita experiência deve ser supervisionado pelo médico contratado, para que seja garantida a confiança da paciente.”

Cabe salientar, que quando se indagou sobre esta questão, tinha-se a intenção de conhecer dentro da vivência no Centro Obstétrico, como é a realidade em que o contratado trabalha, também em relação ao fluxo de atendimentos. Nota-se que a maioria está bem situada dentro da função, e consegue dominar as situações mesmo quando os plantões estão sobrecarregados. Cabe ressaltar nos depoimentos acima, alguns problemas específicos enfrentados nos plantões.

4.2 ORIENTAÇÃO PARA OS MÉDICOS RESIDENTES

A) Como é a sua interação com o Médico Residente no momento do parto?

B) Como orienta os Médicos Residentes?

Constatou-se, em algumas respostas dos médicos contratados boa interação com a equipe de médicos residentes.

I - “Dou liberdade para perguntar, não imponho totalmente minha decisão.

Discuto mais do que imponho.”

F - “Dou liberdade até o momento que não põe em risco a vida da paciente.”

H - “O médico contratado tem convívio intenso com o Residente, ficando em ambiente fechado muitas vezes 24hs.”

M - “Basicamente tenho uma postura de cobrança por achar que os residentes tem pouca maturidade e pouca noção do que é assistência ao paciente e a responsabilidade que isso ocasiona.”

A maioria dos depoimentos mostra que o Serviço é organizado para o médico residente ser o condutor do procedimento sob supervisão. A maioria dos procedimentos são executados pelo médico residente e orientado pelo médico contratado, dependendo do grau de dificuldade.

G - “Na conduta a decisão sempre é do médico contratado.”

F - “Assumimos o papel de professor.”

C - “Geralmente o contratado entra em procedimentos que exigem mais experiência e mais conhecimento.”

A - “Interfiro sempre que sou solicitado ou quando avalio que é uma situação que pode ser difícil, entro espontaneamente.”

M - “Estabeleço uma conduta de questionamento por achar que o estudante de medicina é doutrinado a seguir uma verdade e um modelo.”

I - “Sigo os protocolos assistenciais definidos, as rotinas escritas, tento seguir dentro dos preceitos da obstetrícia.”

H - “O aprendizado se dá em qualquer situação. Se faz muito por imitação.”

H - “A postura das colocações do contratado para o residente se dá mesmo fora do momento formal de educação, eles aprendem e levam com eles o que acham válido. São muito críticos.”

N - “Exigir que o residente faça o procedimento, diminuir a intensidade ou até bloquear porque são extremamente ativos sem ter conhecimento adequado. Outros são mais lentos, precisam ser estimulados. Então esta é a nobre função do médico contratado que tem experiência para encontrar limite para cada residente.”

N - “No Plantão noturno existem mais problemas com a supervisão. O ensino cai bastante durante este período, por isso deve ser preparado antes que os grupos se separem para o repouso.”

J - “Entro junto em campo, acho importante a presença, dar segurança da presença do contratado em tudo. Estimulo a discussão.”

N - “Orientar é uma função inerente ao contratado do HCPA, que é hospital escola. Nas supervisões, mantenho sempre o rigor de indicações com a margem que a literatura dá, respeitando a rotina do hospital.”

A aprendizagem é um processo contínuo e acontece também em momentos informais. Cada contratado, com suas características pessoais, complementa a maneira de transmitir o conhecimento.

Cabe salientar aqui que a decisão final sobre a conduta é sempre do médico contratado. Neste momento ele dissemina as práticas obstétricas que serão absorvidas pelos médicos residentes e estudantes de medicina presentes na equipe. É grande a responsabilidade que o médico contratado tem nesta função, pois tem a dupla responsabilidade de proporcionar aprendizagem e assumir a conduta perante a paciente que, na maioria das vezes não realizou pré-natal no HCPA.

4.3 ESCLARECIMENTO DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA

O Programa de Avaliação e Auditoria de Cesarianas foi um piloto para um novo método de gerencia dos índices de cesarianas. O que você entendeu como sendo objetivos do programa? Teve dúvidas em algum momento? (implantação, suporte, retorno).

J - “Saber detalhadamente quantas cesarianas eram indicadas e em que situações aconteciam, para no futuro diminuir alguma porcentagem que pode ser diminuída.”

O - “Tentar ver as principais indicações de cesarianas.”

L - “Tentar ter uma padronização das indicações, ter um rastreio das principais indicações, e com auditoria e segunda opinião tentar diminuir o número de cesárias.”

A - “Não era só avaliar nossas indicações de cesarianas, mas também fazer com que nosso índice baixasse através de uma técnica reguladora.”

F- “Tentar diminuir o número de indicações de cesarianas através do constrangimento de estar indicando além.”

N - “Tentar conseguir com que os índices fossem os menores possíveis, no sentido de estabelecer normas seguras nas indicações dos procedimentos, buscando a uniformização, por ser um hospital escola que dita normas locais e nacionais.”

M - “Avaliar as indicações de cesarianas, o número de indicações e sua adequabilidade.”

C - “Não ficou claro o objetivo, se era reduzir as cesarianas ou identificar problemas e então tratá-los.”

- B - “Não entendi os objetivos do programa, acho que faltou uma reunião com os médicos contratados para explicar o projeto, já que eles eram o principal foco da avaliação.”
- B - “Faltaram explicações sobre o projeto e a forma como esses resultados serão publicados. Temo que se forem publicados podem ser usados contra nós em algum processo médico.”
- C - “Não tivemos retorno do programa piloto, e faltou avaliação em conjunto com o resultado perinatal para ver o índice de morbidade do período.”
- L - “Tive muitas dúvidas sobre que examinaria e de que forma seriam analisadas as indicações.”
- L - “Não se sabe se no período houve uma melhoria ou piora nos índices de apgar dos bebês. Isso não foi ventilado.”
- H - “Foi explicado de maneira sucinta o funcionamento do projeto, como isso foi implantado, que destino se deu aos dados, não se sabe, pois não houve feedback.”
- H - “Acho importante ter uma avaliação crítica de como está funcionando o serviço, mas devido ao design do estudo, deixou margem para que tenha características de críticas individuais.”
- G - “senti dúvidas da maneira como seria interpretado, os critérios não eram claros para classificar a indicação.”
- O - “Não se teve retorno desta avaliação, às vezes havia clima de terrorismo e apreensão quanto a quais seriam as repercussões deste piloto. Foi uma situação desconfortável.”
- M - “Basicamente se criou um sistema para diminuir o índice de cesarianas preocupando-se demasiadamente como o cientificismo, sem saber o que

realmente é importante. Tentar procurar qualidade e satisfação da paciente ou o interesse é diminuir custo.”

Para que os resultados da ação planejada sejam positivos, segundo Sant’Anna (1979), é necessário que as experiências se desenvolvam com coerência, voltadas para os objetivos estabelecidos.

As respostas indicam que não existiu um esclarecimento adequado dos objetivos do programa. Despertou nos médicos contratados vários tipos de sentimentos pela falta de suporte e *feedback*, que teriam diminuído significativamente o *stress* gerado pela avaliação.

Cabe ressaltar que o *feedback* deveria ser fornecido em tempo ótimo, pois se deixar um prazo muito longo, não tem impacto na conduta avaliada.

4.4 IMPLICAÇÕES NAS CONDUTAS OBSTÉTRICAS

Dentro da realidade do C.O., em momentos de tomada de decisão quanto à indicação de cesarianas, sua decisão foi influenciada pelo programa?

Cincos dos quatorze entrevistados sentiram-se influenciados pela avaliação.

H - “O fato de estar sendo avaliado, não tem como negar, tem influência porque trabalhamos em hospital universitário.”

J - “Existe um aspecto na medicina que são as impressões que a experiência trás e não está nos livros. Provavelmente pessoas com mais experiência em obstetrícia tiveram dificuldade em seguir os critérios.”

J – “Ficamos insistentes no trabalho de parto, enfrentando períodos expulsivos prolongados, trabalhos de partos arrastados e muitas vezes tivemos a impressões importantes na cara dos pediatras nestas situações.”

J - “Tudo o que se faz em medicina e o que se deixa de fazer é ponderado em cima do que pode incomodar no futuro.”

J - “Não existe uma relação entre o médico e o paciente que seja efetiva. Só se conhece a paciente na hora do parto.”

J - “Muitas vezes para preencher um critério para que a auditoria fique perfeita, acabava-se se expondo mais do que em situação fora da avaliação.”

M - “É inerente. Quando alguém te fiscalizando acaba tendo um comportamento um pouco diferente.”

Nove dos quatorze contratados não sentiram influência do programa em suas condutas obstétricas.

F - “Considero que tenho bastante critérios. Senti-me tranqüila. Não interferiu nem positiva nem negativamente. Ficou igual.”

G - “Quando existe indicação de cesariana, ela passa por um julgamento de várias pessoas.”

N - “As indicações de um hospital universitário mais ou menos tendem a ter um porquê justificável.”

H - “Em nenhum momento me senti inibido de indicar uma cesariana que julguei necessária, até porque a autonomia profissional e a responsabilidade última, inclusive de questionamento judicial, caso alguma coisa fosse mal, é dos contratados.”

M - “Se o risco de cesariana era inferior ao risco para o bebê, de permanecer ao trabalho de parto, nunca tive dúvida de indicar uma cesariana devido à auditoria.”

I - “Tenho uma conduta de gostar de fazer parto normal e faço cesariana quando a indicação é totalmente absoluta.”

M - “É preciso ter um bom entrosamento entre os contratados que dividem opinião para definir com maior rapidez e pensamento lógico, caso contrário fica a impressão de deixe que eu deixo.”

M - “A preocupação era com a paciente e não com a auditoria, que era um controle externo.”

Constatou-se que houve impacto da avaliação para alguns médicos contratados causando *stress* e desconforto na hora de decidir a conduta e que, para outros, o fato de estar sendo avaliado não causou alteração, mas também nada acrescentou, já que não houve retorno da ação avaliativa. Nota-se uma certa resistência em serem questionados em relação à sua maneira de decidir, já que se consideram bastante preparados para a função.

4.5 COMO SE SENTIU SENDO AVALIADO EM RELAÇÃO ÀS CONDUITAS OBSTÉTRICAS NO MOMENTO DO PARTO?

Não teve problema	indiferente	incomodado
8	1	5

M - “Ninguém gosta de ser avaliado ou criticado.”

A - “Avaliar uma conduta retrospectivamente, sem colocar a mão na paciente não é a mesma coisa que estar tomando conduta em frente a paciente, examinando-a.”

I - “Somos avaliados o tempo inteiro, pelo residente, pelo professor, pelo doutorando, extra-oficialmente.”

- D - “Se o hospital não quer que tenha superindicação e a auditoria mostrou o contrário, acha importante ter retorno.”
- F - “Acho que é inadequado, que não avalia nada, mas não me oponho a preencher os papéis.”
- I - “Passei a me preocupar mais com o registro de dados.”
- H - “Não recebi feedback por isso não senti, posso vir a me sentir incomodado, já que não sei o destino que será dado a esses dados.”
- G - “Não me senti avaliado individualmente. Entendi a necessidade da pesquisa clínica, que não se voltava para o indivíduo e sim para o conhecimento relacionado ao atendimento.”
- N - “Precisamos de dados para divulgá-los, do tipo de atendimento que é realizado aqui para disseminar uma conduta adequada para outras universidades.”
- C - “O instrumento de avaliação, em alguns momentos foi chato.”
- C - “Acho importante ser avaliado para identificar e até tratar problemas, situações que possam ser modificadas.”
- B - “Avaliar não é o problema, porque se indica quando realmente tem que indicar. A forma como foi feito não foi boa.”
- L - “senti-me observado, mas em nenhum momento houve retorno da atividade.”
- L - “Não se sabe se a conduta como grupo estava adequada, se havia uma uniformidade.”
- J - “Se foi considerado adequado ou não, deveria ser discutido com o grupo, deveria ter o piloto do programa junto, dando suporte.”

- L - “Se fomos avaliados, gostaria de saber como estava sendo avaliado e o que posso esperar.”
- E - “Senti-me vigiado, controlado, isso provocou um stress em vir trabalhar, vinha para o plantão mais angustiado.”
- O – “Desconfortável porque não tinha retorno de quais seriam as repercussões disso. O fato de ser obrigatório criou um clima meio de terror.”
- J - “Se indico cesariana por determinado critério, e outras três pessoas podem dizer que ele está errado, ou estamos nos baseando em critérios diferentes ou não estamos nos baseando em critérios e sim em opiniões.”

Nota-se a falta de retorno desta avaliação e o receio de receber alguma crítica individual. Segundo Moscovici (1989), a confiança na outra pessoa é crítica, especialmente em ambiente de trabalho, que pode afetar nosso *status* ou imagem. Também é difícil dar *feedback*. Podemos temer a reação do outro, que seja mal interpretado, pois a pessoa ou grupo podem não estar preparados. Em nossa cultura *feedback* ainda é percebido como crítica e tem implicações emocionais. Observa-se no grupo avaliado a necessidade de receber informações sobre seu desempenho. Saber qual o grau de confiança do líder em relação as suas condutas obstétricas.

4.6 OPINIÃO SOBRE O PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E AUDITORIA DE CESARIANAS

- O - “Tudo o que é feito para diminuir o número de cesarianas é importante, mas questiono o modelo, até do ponto de vista ético, pois ser avaliado retrospectivamente por alguém que não participou, baseado em informações gerais.”

- E - “Este tipo de controle de avaliação mantém a equipe mais estressada. Não é um trabalho como este que vai diminuir o número de cesarianas e sim um plantão com condições de oferecer o melhor para a paciente.”
- J - “Tem que melhorar a filosofia. Não pode ser dois times, uns prós e outros contra. O objetivo não é justificar porque está se indicando, mas é simplesmente dar o diagnóstico. O instrumento poderia ser feito no computador, pois favorecia este tipo de pensamento.”
- L - “Programa válido. Metodologia interessante. Quem trabalha aqui não pode se sentir constrangido de ter suas atividades de uma certa forma controladas, ou observadas por pessoas que estão fora da atividade, mas com feedback.”
- B - “Tem que ser completamente reformulado, dentro de uma realidade de Centro Obstétrico, com muita gestação de alto risco.”
- A - “O programa em si é interessante. Pode ser aprimorado, principalmente o instrumento, tem que facilitar seu preenchimento. Temos que ter um certo patamar e é necessário ter controle e até tratar situações que necessitem.”
- N - “Acho válido. Deve continuar até se observar que as indicações estão bem justificadas, até o número de casos que passam a não ter mais significância, que mantém o percentual uniforme pelo grupo de plantonistas, não haverá mais essa necessidade.”
- H - “Se for feito bom uso destes dados, pode continuar como demonstrativo do quadro, do que está ocorrendo, mas não com enfoque individualista ou tolhimento da autonomia do médico.”

G - “Acho viável e necessário. É uma ferramenta não só para isso. Quanto mais gente olha, discute, melhor para a paciente. O programa pode gerar temor mas temos que ter em mente que é a conduta que está sendo avaliada não a pessoa.”

F - “Uma avaliação bem adequada ficaria complexa, teria que ser um programa de computador. Como foi feito não leva a nada. Desperdício de papéis e de talentos.”

D - “Avaliar o serviço é interessante para se ter o retorno do que está acontecendo. Acho que não tivemos retorno porque não há superindicação então não tinha como a auditoria mostrar.”

I - “Com o objetivo direto de reduzir o índice de cesarianas, onde a responsabilidade recai sobre o médico plantonista e não sobre a instituição, não é legal, pois quem não está na linha de frente não tem condições de chegar para ela e dizer faz parto normal porque tem que ser parto normal.”

C - “Avaliar nosso trabalho, a gente mesmo se avaliar, ver as principais indicações em nosso serviço. Tem vantagens.”

M - “As pessoas que estão avaliando têm que ter uma visão global, não ficar focada como uma coisa pontual, porque vai ficar solta. Estamos nos preocupando só com o fim.”

Percebe-se nas opiniões dos médicos diferentes graus de aceitabilidade do Programa de Avaliação e Auditoria de Cesarianas. Uma parte não gostaria de ser avaliada e a outra achou viável este tipo de avaliação, mas com mudanças em relação ao instrumento e a forma de lidar com o resultado desta avaliação. Houve semelhança de opinião nos seguintes pontos:

- a maioria não teve certeza da adequação da metodologia;

- sentiram falta de *feedback*;
- não entenderam este modo de avaliação como sendo adequado para o objetivo proposto;
- críticas sobre o instrumento, acham que não é esta metodologia que vai fazer baixar o índice de cesarianas.

Assim, pode-se perceber que o uso de uma verificação de critérios baseada em objetivos precisos é fundamental para que a metodologia tenha eficácia.

4.7 A VIVÊNCIA DOS AUDITORES

Achou o modo de avaliação adequado?

- 2 - “Não tinha parâmetros rígidos e gerou variações de interpretações. Como foi o primeiro instrumento de avaliação não havia um anterior que servisse de base.”
- 3 - “Talvez houve maior número de classificações (provavelmente) porque não tinha definições objetivas dos critérios. Várias vezes senti dúvida em classificar a avaliação.”
- 3 - “Foi adequado como todo projeto piloto, para aprender como se faz auditorias. Quando começou achei que poderia ser adequado, mas não acho adequado agora.”
- 1 - “Consegui enquadrar a classificação sem problemas.”
- 4 - “O importante é utilizar algum método, talvez possa se melhorar o tipo de avaliação. O interessante é que pela primeira vez está se fazendo uma avaliação de condutas.”

A Classificação das condutas foi feita da seguinte maneira:

- Classificação de 3 auditores:

1 - Correta;

2 – Provavelmente correta;

3 – Provavelmente Incorreta;

4 – Incorreta.

- Conclusão: Correta / Incorreta

Constatou-se que os auditores não tinham muita clareza do que estavam auditando mesmo fazendo os dois papéis. Nota-se que faltou planejamento adequado também para que os auditores conseguissem formular um *feedback*. O *feedback*, segundo Moscovici (1989), deve ser dirigido para comportamentos que o receptor possa modificar, ao contrário, a frustração será apenas incrementada, se o receptor reconhecer falhas naquilo que não está sob seu controle.

O instrumento continha informações suficientes para avaliação?

Todos afirmaram que se o instrumento fosse bem preenchido, os dados seriam suficientes para avaliar as indicações das cesarianas.

Cabe ressaltar que somente 41% dos questionários foram preenchidos para serem avaliados pelos auditores, o que mostra também a necessidade de rever o instrumento, ver a adequação das perguntas para atender o objetivo proposto pela auditoria.

A equipe de auditores reuniu-se para estabelecer uma conduta uniforme nos critérios de avaliação?

1 -“Toda equipe não. Tivemos momentos de encontros casuais dos três auditores fixos.”

2 - “Não houve nenhum tipo de reunião prévia. Os volantes não eram reciclados.”

3- “Os quatro auditores principais foram reunidos para dar diretrizes básicas(...). A grande característica deste programa é que a avaliação não tem critérios rígidos, por isso é avaliado por mais de uma pessoa. Se fossem rígidos, um computador poderia fazê-lo.”

4 - “Isso foi uma falha. Deveria ter uma uniformidade dentro da relação dos resultados. Os auditores deveriam ter conduta básica comum.”

A falta de critérios claros definidos para os auditores pode ter interferido na resultado da auditoria

Como se sentiu auditando seus colegas?

1 - “Houve eventos interessantes em que avaliávamos o que nós próprios tínhamos feito e não sabíamos. Em um caso avaliei minha própria indicação e não concordei com o que tinha feito.”

1 - “Conhecia a letra de todos os colegas, mas procurei não me influenciar por isso”.

3 - “Nem mal nem bem. Fiz uma tarefa que professores e orientadores tem. Não senti-me envolvido emocionalmente.”

4 - “senti-me tranqüilo, pois na verdade as coisas não eram dirigidas, o importante era verificar no que estava escrito, se a maioria concordaria ou não.”

Ao contrário dos auditados, não houve envolvimento emocional dos auditores. Como o grupo não é muito grande, possibilitou o reconhecimento da letra do colega, permitindo sua identificação, o que não tornou o estudo cego e provavelmente interferiu na avaliação.

Consultados sobre o que consideraram os pontos positivos do Programa de Auditoria de Cesariana, os auditores assim se pronunciaram:

- 1 - "As pessoas resolveram tomar mais cuidado com o preenchimento dos prontuários."
- 2 - "Ter uma fotografia do que está acontecendo."
- 2 - "Embora tivesse falhas, a avaliação é uma primeira tentativa de verificar a razão de algumas condutas serem tomadas aqui no serviço."
- 3 - "Projeto quase inédito no Brasil. Ineditismo e vontade de avaliarmo-nos."
- 3 - "Ensinou a trabalhar esses dados que precisamos resolver. Em um hospital universitário, de referência, onde se quer ensinar uma boa obstetrícia. Temos uma incidência muito alta, sendo que as pessoas que estão indicando são fruto da formação deste mesmo hospital."
- 4 - "Preocupação das pessoas que estão sendo avaliadas. Ninguém está dizendo que as coisas estão certas ou erradas, de qualquer maneira é preocupação. Sentimento de que há necessidade de fazer um relatório e isso vai ser utilizado pelas pessoas para se tentar ver se o grupo está tendo condutas comuns, ou determinados colegas estão tendo condutas diferentes, não necessariamente possam ser erradas mas estão sendo avaliadas."

Já em relação ao que consideraram os pontos negativos, os mesmos deram as seguintes respostas:

- 4 - "Talvez, não é essa impressão de quem está avaliando, fosse esse sentimento de estar sendo vigiado pelos colegas plantonistas. Não era este o objetivo. O objetivo maior é da unificação de condutas obstétricas."
- 3 - "Metodologia que permitiu que nem todos os casos previstos para auditora tenham sido levados a avaliação."

- 3 - “Nós mesmos éramos os auditores. A idéia era que fosse feita esta auditoria entre dois hospitais universitários. O público e o privado (HCPA e PUC), em princípio com população semelhante, mas a idéia não foi aceita pelo Hospital da PUC. Então nós mesmos avaliamos, o que pode criar um viés de aceitar mais facilmente uma errada, podemos ver menos erros do que realmente tem.”
- 3 - “O universo avaliado era só de 41% das pacientes que deveriam ser auditadas e muito provavelmente era o universo que os contratados menos tinham dúvidas. Isso acaba aumentando o fator de falsa correção. Não havia uma obrigatoriedade. Poderiam não preencher. Isso escapava ao programa.”
- 3 - “Embora tivesse sido previsto, não foi dado feedback, que é o que mais funciona. Dar retorno as pessoas.”
- 1 - “Proposta totalmente reguladora. Precisam trabalhar como apoio da instituição. Nos sentimos um pouco abandonados.”
- 2 - “É um método novo. Estamos aprendendo com ele e isso é uma coisa demorada.”
- 3 - “Nossos contratados, em geral, são ex-residentes que se destacaram. Podem achar que estão sendo tratados como alunos, embora em medicina nunca se deixe de ser aluno.”
- 3 - “Existem muitos fatores emocionais nessa relação de indicação de cesarianas entre contratados e professores e muitas dificuldades de relacionamento.”

Como foi um Programa Piloto, a dificuldade sentida pelos auditados também foi sentida pelos auditores em graus diferentes. A iniciativa de diagnosticar

problemas quanto à adequação das condutas obstétricas é bastante positiva, pois questionou-se a realidade do Centro Obstétrico visando uma modificação. Segundo Moscovici (1989), o *feedback* é uma das mais ricas sessões de treinamento, tanto a um nível individual, quanto a um nível grupal, permitindo apoio mútuo, e com abordagem de resolução de problemas. Faltou integração entre a avaliação que serviu para diagnóstico e o aprendizado que a mesma poderia proporcionar.

4.8 IMPACTO NO ÍNDICE DE CESARIANAS

Analisaremos a seguir o impacto que o Programa teve no índice de cesarianas. Já que o HCPA atende gestantes de alto risco, não é possível comparar o período anterior com o período da auditoria em termos de demanda, pois é uma constante o grande número de atendimentos. Optou-se então pela correlação do índice de cesarianas com o *apgar* do recém nascido que mostra a morbidade do período. Nos depoimentos dos médicos contratados, havia dúvida quanto aos resultados neonatais. Havia dúvida se quando o índice baixasse, o resultado final seria pior.

Resultados perinatais:

Analisando a influência do programa nos resultados neonatais, foram coletados dados referentes ao total de cesarianas ocorridas no período de novembro de 2002 a setembro de 2003, período em que as cesarianas foram auditadas.

O parâmetro utilizado para medir o impacto do índice de cesarianas com o resultado final para o bebê foi o *apgar* do 5º minuto que reflete a morbidade do recém nascido. Existia a idéia de que quando o índice de cesarianas baixasse, como aconteceu em março de 2003, a morbidade aumentaria.

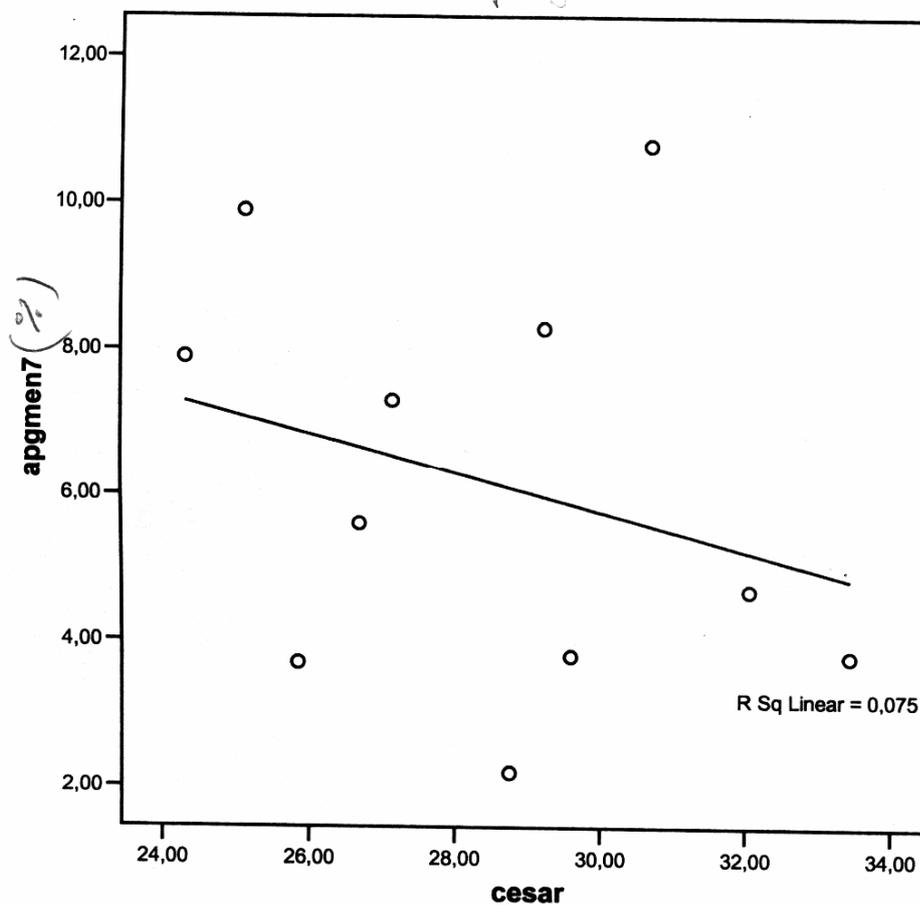


Gráfico 2: Demonstrativo dos Índices de apgar HCPA – 2002 / 2003
Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - HCPA

Contatou-se que não existe correlação entre o índice de cesarianas realizadas e a melhoria nos índices de *apgar* menor de sete (<7) como ilustra o Gráfico 2.

r Pearson – 0,275 ($p=0,414$) estatisticamente não significativo, mostra a tendência de aumento de cesariana não significando melhora no *apgar* do recém-nascido.

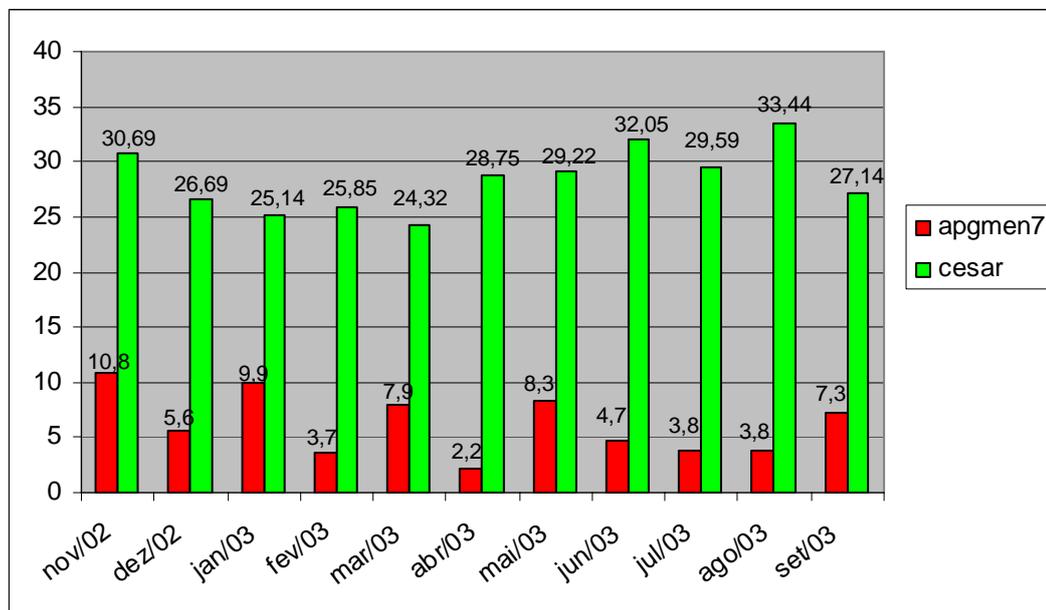


Gráfico 3: Comparação entre Índice de *Apgar* e Índice de Cesarianas – HCPA 2002 /2003

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - HCPA

Constatou-se que não houve melhora no *apgar* <7 com o aumento do índice de cesarianas. Observa-se que em março de 2003 houve o menor índice de cesarianas e o *apgar* foi superior se, comparado com períodos em que o índice era maior.

Resultados

- Razão = PN/Cesárea
- **Análise:**
- Razão= $3,009 - 0,078 \cdot \text{tempo}$
- A razão iniciou em 3,009 e a cada mês diminui em 0,078 de seu valor imediatamente anterior.
- r Pearson: - 0.651
- P = 0.041

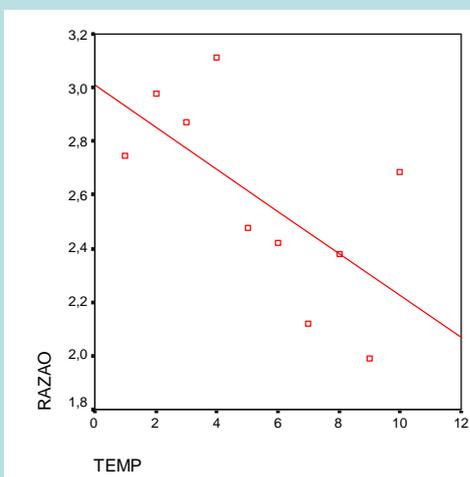


Gráfico 4: Demonstrativo de Tendência de Aumento no Índice de Cesarianas – HCPA 2002 / 2003

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - HCPA

Cabe salientar que, quando foi concluída a fase piloto do Programa de Avaliação e auditoria de Cesarianas, não houve tempo suficiente de auditoria para avaliar o impacto nos índices de cesarianas. Somente trezentas cesarianas foram auditadas, e muitas das que deveriam ter sido auditadas, não foram. Nota-se que o índice está aumentando, e que nesta fase inicial do Programa, não houve impacto na diminuição de tais índices. Não houve *feedback* da avaliação diagnóstica. Mesmo que houvesse *feedback*, seria necessário mais tempo para sentir alguma melhora nos índices de cesarianas.

O trabalho de reeducação não tem efeito imediato. É um processo que a longo prazo, pode trazer mudanças no alcance da redução dos índice através da padronização de condutas.

É possível estabelecer uma correlação de que o aumento dos índices de cesarianas não melhorou os índices de apgar<7, que é um marcador de morbidade neonatal, como mostram os gráficos acima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo-se em mente que esta pesquisa analisou uma situação provisória, uma medida inédita em um Hospital Universitário, que utilizou como ferramenta um Programa de Avaliação de Condutas Obstétricas, para reduzir indicações desnecessárias, podemos fazer algumas considerações, a partir da vivência dos entrevistados.

Avaliar não é medida simples quando tem perspectiva de construção de conhecimento. Todo método avaliativo que visa mudança de comportamento tem que ser reavaliado a cada passo. Sua implantação necessita de preparo e mobilização do grupo, esclarecendo o objetivo e tranquilizando as pessoas envolvidas em suas dúvidas. Se não for feito este suporte, tornar-se-á uma medida sem efetividade a longo prazo, em que as pessoas mudarão suas condutas somente no período avaliativo, pois não existiu aprendizagem.

Os avaliadores não tiveram a pretensão de tornar o programa autoritário, mas pela falta de critérios e um *feedback* difícil de formular, por ser também subjetivo, acabaram ocasionando um viés importante de medida reguladora, com interpretações diversas.

Jussara Hoffmann (1991, p.18) diz que: “avaliação é reflexão permanente do educador sobre sua realidade. É o acompanhamento do educando na sua trajetória de construção do conhecimento através de um processo interativo”.

Para que exista um *feedback* de cunho educativo, seria necessário mobilizar o grupo sobre formas de baixar o índice de indicações de cesarianas desnecessárias. Através da uniformização de conduta, estabelecendo critérios para maior adequação nas quatro situações auditadas. Tratam-se de situações de difícil padronização, já que são sujeitas a interpretações individuais. É preciso estabelecer com o grupo quais são as condutas mais adequadas e quais são as inadequadas em *feedback* contínuo.

Seria necessário esclarecer com a equipe os objetivos da Organização em relação ao índice de cesarianas, motivando-os a participar, evitando a tendência de se formar dois grupos baseados somente em opiniões. Nem todos do grupo consideram o índice de cesarianas elevado para um hospital que atende gestantes de alto risco.

Segundo Hoffmann (1991), é necessário oportunizar a tomada de consciência sobre a contradição existente entre a ação de educar e a concepção de avaliação como resultado e como julgamento.

A falta de critérios pré-estabelecidos para os avaliadores de uma avaliação uniforme, pode ter alterado o resultado desta auditoria e a falta de preenchimento de todos os questionários. Somente 41% dos casos que deveriam foram auditados. Isso mostra que o resultado teve um viés importante. Nota-se a necessidade de estabelecer critérios de condutas, já que o não preenchimento dos questionários pode revelar insegurança na tomada de decisão quanto ao critério a ser adotado pelo médico contratado.

Partindo do princípio de que não existem estratégias boas ou más, porém estratégias mais adequadas, menos adequadas ou inadequadas em relação à sua dinâmica, poderíamos concluir que mesmo sendo uma medida inédita e de caráter experimental em um hospital universitário, a avaliação e auditoria realizada não proporcionou aprendizagem, nem foi uma intervenção, pois não conseguiu mudar condutas. Foi somente uma avaliação diagnóstica. Refletiu uma avaliação estática, desvinculada da aprendizagem por não ter proporcionado *feedback*. Não reduziu e nem estabilizou os índices de cesarianas.

A avaliação retrospectiva tende a não ser efetiva para que haja aprendizado. Seriam mais eficazes tutoriais com a presença do professor no momento da decisão.

Para implantar este programa de forma definitiva, é necessário que os pontos negativos do Programa Piloto de Auditoria de Cesarianas sejam retomados, e principalmente, a equipe de médicos contratados receba suporte e *feedback*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKE, B; HEGGESTAD, T; TIDSSKR NOR LAEGEFERON **Flere keisersnitt - forbedring eller problem?** Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1498

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENFICA, Francisco Silveira. **Responsabilidade Profissional em Obstetrícia**. Porto Alegre, HCPA. 23 de outubro de 2003. Palestra proferida para os médicos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Dados do DML.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília.DF:SUS/DATASUS. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 de novembro de 2003.

DONATI S, GRANDOLFO ME, ANDREOZZI S, **Do Italian mothers prefer cesarian delivery?** Department of Epidemiology and Biostatistics, Instituto Superiore de Sanita, Rome, Italy, 2000. PubMed birth. 2003 jun;30(2):89-93.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GRAMIGNIA, Maria Rita. **Modelo de Competências e Gestão dos Talentos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

HEINECK, Alba Maria Souza. **Metodologia de Ensino e Recursos Instrucionais**. Porto Alegre: NBS, 1982.

HOFFMAN, Jussara Avaliação: **Mito e Desafio: uma perspectiva construtivista**. Porto Alegre: UFRGS, 1991.

JAMTVEDT G, YOUNG JM, KRISTOFFERSEN DT, THOMSON O'BRIEN, OXAMAN AD - Audit An Feedback: Effects On Professional Practice And Health Care Outcomes-The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

BELIZÁN, JOSÉ M.; CAFFERATA ML, **Reducing child mortality: can public health deliver?** PubMed Lancet.2003 sep 13;362(9378):159-64.

BELIZÁN, JOSÉ M.; ALTHABE, FERNANDO, SOPHIE, FERNANDO C.; BARROS, ALEXANDER - **Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological** BMJ 1999;319:1397-1402 (27 November)

LUCAS DN, YENTIS SM, KINSELLA SM et al. **Urgency of cesarean section : a new classification.** JR Soc.Med. 2000;93:346-50.

MANSSOUR, Ana Beatriz Benites, et al. **Tendências em Recusos Humanos.** Porto Alegre, Multiimpressos Gráfica e Editora, 2001.

MENACKER F, CURTINSC.. **Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991-99.** National vital statistics reports; vol 49 no 13. Hyattsville, MD: NCHS. 2001.

MOSCOVICI, Fela et al. **Equipes Dão Certo:** a multiplicação do talento humano. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

MOSCOVICI, Felá. **Desenvolvimento Interpessoal.** 3ª ed. reimpr. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

MURRAY SF, SERANI PRADENAS F. **Caesarean birth trends in Chile, 1986-94.** *Birth.* 1997; 24: 258-263.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano; MAZZA, Débora. **Fazer Escola Conhecendo a Vida.** Porto Alegre: Papyrus, 1986.

REVISTA BOA SAÚDE - British Medical Journal, 1999;319:1397-1402 artigo consultado 06 de novembro de 2003.

ROLAND; FRANCÊS, Bee. **Feedback.** São Paulo: Nobel, 2002. Traduzido por: Maria Cristina Fioratti Florez.

SANT'ANNA, Maria Flávia; et al. **Dimensões Básicas do Ensino.** 3ª ed. Porto Alegre, Sagra Luzzatto,1986. p.27, 127.

YOLES I & MASCHIACH S. **Increased maternal mortality in cesarian section compared to vaginal delivery? Time for re-avaluation.** Am J Obstet Gynecol 1998;178:suppl:S78 abstract.

ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro para entrevista com os Médicos Contratados

1 - Atividades realizadas no plantão:

Considerando as funções previstas para o Médico contratado do Centro Obstétrico, você acredita que as funções executadas estão dentro do que foi previsto? (ultrapassam as que deveriam ser desenvolvidas? Em que situações?)

2 - Orientação para os Médicos Residentes:

A) Como é a sua interação com o Médico Residente no momento do parto?

B) O senhor (a) orienta os Médicos Residentes: (auxiliando o Residente que faz o procedimento, fazendo o procedimento e o Residente auxiliando ou somente observando e orientando o Residente a realizar o procedimento)?

3 - Esclarecimento dos objetivos do Programa:

O Programa de Avaliação e Auditoria de Cesarianas foi um piloto para um novo método de gerencia dos índices de cesarianas. O que você entendeu como sendo objetivos do programa? Teve dúvidas em algum momento? (implantação, suporte, retorno).

4 - Implicações nas condutas obstétricas:

Dentro da realidade do C.O., em momentos de tomada de decisão quanto à indicação de cesarianas, sua decisão foi influenciada pelo programa?

5 - Como você se sentiu sendo avaliado em relação às condutas obstétricas no momento do parto?

6 - Qual sua opinião sobre o Programa de Avaliação e Auditoria de cesarianas?

ANEXO 2

Roteiro para entrevista aos auditores

- 1 – Você achou o modo de avaliação adequado? Sentiu dúvidas em algum momento em como classificar a avaliação? (correta/provavelmente correta, provavelmente incorreta/incorreta)
- 2- O instrumento de avaliação utilizado continha informações suficientes para avaliação?
- 3 – A equipe de auditores reuniu-se para estabelecer uma conduta uniforme nos critérios de avaliação?
- 4- Como se sentiu auditando seus colegas de trabalho?
- 5- pontos positivos e negativos de ter utilizado esta metodologia (avaliação e auditoria)

ANEXO 3

Termo de consentimento livre e esclarecido para entrada no estudo (para Médicos Contratados do Centro Obstétrico)

Identificação do estudo no GPPG: 04-049

Título do estudo: Análise das práticas pedagógicas do Projeto Piloto de Avaliação e auditoria de cesarianas realizado no Centro Obstétrico do HCPA.

Professora responsável: Maria Ceci Misoczky – UFRGS – fone: 3316.3157
Pesquisadora: Margarida Muttoni Roncatto

Sumário do Projeto:

Estudo transversal, prospectivo, aplicando entrevistas em dezoito profissionais médicos do Centro Obstétrico, analisando as práticas de avaliação do Programa Piloto de Auditoria de cesarianas, verificando eventual influencia dessa avaliação nos índices de cesarianas, e propondo estratégias pedagógicas para a melhoria do programa.

Com o objetivo de analisar o gerenciamento do Programa Piloto de Avaliação e Auditoria de Cesarianas do Centro Obstétrico do HCPA, Você foi convidada(o) a participar do estudo, por ter participado do referido projeto.

Para participar do presente estudo, será necessária uma entrevista que será gravada. Após a transcrição das entrevistas, as fitas serão desgravadas. Os dados serão publicados de forma conjunta, sem identificação dos participantes. A sua participação é voluntária e não implica em nenhum tipo de avaliação profissional da Instituição. Os dados das entrevistas serão submetidos à análise a partir do método análise de conteúdo.

Assinatura do participante: _____ Data: _____