

Fernanda Cristina Manzini

**“Avaliação da assistência ao parto no hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Botucatu - UNESP”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Área de Concentração Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Therezinha Medeiros Borges
Co-Orientadora: Prof^a Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

**Botucatu
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Manzini, Fernanda Cristina.

Avaliação da assistência ao parto no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP / Fernanda Cristina Manzini – Botucatu : [s.n.], 2007.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2007

Orientador: Profª. Drª. Vera Therezinha Medeiros Borges

Co-orientador: Profª. Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Assunto CAPES: 40101150

1. Obstetrícia. 2. Ginecologia. 3. Parto (Obstetrícia)

CDD 618.2

Palavras chave: Avaliação em serviço; Parto; Satisfação do paciente.

Dedicatória

Dedico a minha mamãe: Teresa, por tudo o que fez por mim, com a certeza de que é Deus que se manifesta através de seus nobres atos: presença, força, amizade, amor e companheirismo. Obrigada por ajudar na realização dos meus sonhos.

Walter, o melhor de nossa convivência é que ela parece mais forte a cada dia que passa, servindo como base sólida que apóia e alegra nossa caminhada pela vida. Agradeço profundamente a todos os momentos compartilhados e você é muito importante na minha vida.

“Não podemos fazer grandes coisas, tudo o que podemos fazer são pequenas coisas com muito amor” (Madre Teresa). Pri obrigada pela amizade, preocupação e companheirismo, que tem demonstrado durante esses anos, com certeza é prova de muito amor.

“A humildade e a paz interior caminham de mãos dadas”. Obrigada Prof^ª Vera por ter me aceito como sua aluna, demonstrar todo seu conhecimento com muita humildade e transmitir paz nos meus momentos de ansiedade, contribuindo assim, significativamente para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

“Especial” é uma palavra usada para descrever uma pessoa que espalha amor e sabedoria. “Especial” se aplica a algo que é admirado e que nunca pode ser substituído, enfim... Prof^ª Cristina você é muito especial para mim.

Agradecimentos

A Deus, mentor da minha vida, pelo sustento e bênçãos que sempre tem me dado.

As mulheres que participaram deste estudo, contribuindo grandiosamente.

Ao meu pai, embora distante, contribuiu na minha formação.

Aos meus amigos e familiares pelo entendimento nas horas em que estive ausente.

Aos Membros da Banca pelo aceite e dedicação.

Ao meu cunhado Sérgio pela amizade e disponibilidade.

À Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação do PSF - Pinho e Heloísa, pelo apoio e condições fornecidas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, área de Obstetrícia, pelo acolhimento.

Ao Departamento de Enfermagem, que contribui sempre com as necessidades de seus alunos, tanto acadêmicas, quanto particulares. Na presença dos professores (a) Janete, Marli, Jairo, Vera, Maria José Reis e Neneca.

Aos amigos da seção de pós - Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela disposição e compreensão.

Ao Robson, pelo auxílio durante a minha coleta de dados.

À amiga Meire, por sempre estar presente e pronta para ajudar.

Aos amigos Dani, Camila e Francisquinho, que contribuíram na coleta de dados.

Ao Professor Joelcio e Peraçoli pela grandiosa contribuição na qualificação

Aos colegas de trabalho da USF do Jardim Aeroporto pela compreensão e apoio.

A minha amiga Ilana, pela amizade de tantos anos, que mesmo tão longe sempre me está ao meu lado, e a Má, por ser compreensiva e demonstrar seu amor.

As minhas professoras Vera e Cristina, pela exigência, competência e carinho, que tiveram durante a minha orientação.

Sumário

Artigo I – Avaliação da estrutura e processo da assistência ao parto no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP	11
Resumo	12
Abstract	14
1 - Introdução	16
2 - Objetivos	20
2.1 – Objetivo Geral	21
2.2 – Objetivos Específicos	21
3 - Sujeitos e Métodos	22
3.1 – Desenho do Estudo	23
3.2 – Fonte de Dados	23
3.3 – Tamanho amostral	23
3.4 – Seleção dos Sujeitos	24
3.5 – Variáveis	24
3.6 – Coleta e Processamento de Dados	26
3.7 – Análise dos Dados	27
3.8 – Procedimentos Éticos	27
4 – Resultados	28
4.1 – Estrutura da maternidade do HC-FMB/UNESP	29
4.2 – Processo de assistência ao parto e recém-nascido	30
5 – Discussão	36
6 – Considerações Finais	46
7 – Referências Bibliográficas	48
Anexos	54
 Artigo II – Avaliação da assistência ao parto no hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: visão das usuárias	 75
Resumo	76
Abstract	78

1 – Introdução	80
2 – Metodologia	83
2.1 – Sujeitos da pesquisa	84
2.2 – Análise dos Dados	84
3 – Resultados e Discussões	86
4 – Considerações Finais	96
5 – Referências Bibliográficas	98
Anexos	102

Artigo I

**“Avaliação da estrutura e processo da assistência ao parto no hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP”**

Resumo

Objetivo: descrever a estrutura e o processo da assistência ao parto e recém-nascido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

Métodos: trata-se de estudo descritivo e transversal. Para análise da estrutura, entrevistou-se o responsável pela maternidade e utilizou-se instrumento de observação do serviço. Realizou-se análise do processo a partir de dados obtidos de prontuários de partos amostrados e da observação de partos realizados em 2004.

Resultados: A análise da estrutura evidenciou disponibilidade de equipamentos, instrumentais e medicamentos. A equipe conta com obstetra, pediatra e anestesista na sala de parto e estas são adequadas para partos vaginais e cesáreas. Não há lavabos individuais, nem quartos de pré-parto, parto e puerpério. (PPP) Com relação ao processo, a análise dos prontuários mostrou que na admissão 86,3% das parturientes tiveram sua pressão arterial aferida e 78,8% passaram pelo exame de toque vaginal; 87% dos fetos foram auscultados. No trabalho de parto, segundo os observadores, 62,1% das mulheres permaneceram em jejum, o controle não farmacológico da dor foi observado em 13,8% dos casos e em 96,6% deles havia partograma preenchido; para todos os recém-nascidos, realizou-se: índice de Apgar, administração de vitamina K e cálculo da idade gestacional segundo exame físico e para mais de 99% deles realizou-se antropometria, para 28,7% exame anti-HIV e 98,6% tipagem sanguínea.

Conclusões: os resultados apontam a necessidade de quartos PPP e a precariedade dos registros nos prontuários. Sugere-se a implantação de um sistema de informações que viabilize a pronta avaliação de indicadores de qualidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Parto, Avaliação em saúde, Avaliação de processo e resultado.

Abstract

Objective: Evaluate the infra-structure and the process of childbirth and nursery in the Medical School at Sao Paulo State University, Botucatu, SP.

Method: This is a descriptive and transversal study. The supervisor of the nursery was interviewed and the service as a whole was observed. The analysis of the process was done based on the data collected from childbirth diaries and childbirth observation since 2004.

Results: The maternity area consists of equipments, instruments, and medicines. The team consisted of an obstetrician, pediatrician, and anesthetist in the delivery room and they were prepared for vaginal delivery and cesarean section. There are no private lavatories, pre-childbirth rooms, childbirth rooms or puerperium rooms. Analysing the flow, the analyze of diaries pointed out that during the admission of the pregnant women 86.3% of them had their blood pressure taken, 78.8% had a vaginal touch exam, and 87% of the embryos were listened. During the birth delivery, 62.1% of the women fasted, 13.8% did not take any medicine for pain, and 96.6% had the partograph filled. The following measures were taken in all newborns, the Apgar index, vitamin K ingested, and gestation age based on physical exercise. 99% had an anthropometry exam, 28.7% had HIV exam, and 98.6% blood type exam.

Conclusion: The final results shown that there is a necessary to have private lavatories, pre-childbirth rooms, childbirth rooms or puerperium rooms and the data in the diaries are insufficient. There is a need to implement a information system that can better measure the indicators of quality.

Key-words: childbirth, health evaluation, process and results evaluation.

1- INTRODUÇÃO

Um dos temas mais discutidos atualmente, nacional e internacionalmente, no campo da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos, diz respeito às atitudes para melhorar a qualidade de saúde dessa população, impedindo assim, a ocorrência de mortes evitáveis. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando-se os direitos constituídos¹.

A atenção profissional à parturiente representa seguramente um dos elementos mais importantes para obtenção de bons resultados, tanto maternos quanto perinatais. Assistência profissional e institucional adequada durante esse período, independente de outras características, são capazes de reduzir significativamente a ocorrência de morbidade grave e de morte materna².

No Brasil, as afecções perinatais representam a principal causa de morte no primeiro ano de vida. A concentração da maior parte dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida e a freqüente ocorrência de óbitos fetais no final da gestação e durante o trabalho de parto, evidenciam a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde³.

Investindo na redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliar o acesso a estas ações, incrementar a qualidade e capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como melhorar sua organização⁴.

Umas das condições básicas para a organização da assistência perinatal é a avaliação permanente dos serviços. Desde o século XIX, há relatos de avaliações da qualidade de serviços de forma sistemática. Atualmente, verifica-se expressiva expansão do tema, sendo que a maior parte da literatura é produzida nos países desenvolvidos, geralmente enfocando medições clínicas⁵.

No Brasil, a Constituição de 1988 instituiu que os departamentos ou secretarias municipais de saúde planejem sistematicamente suas ações, o que requer avaliações periódicas. Assim, a avaliação, que antes na prática era quase inexistente, hoje é uma preocupação das equipes responsáveis pela programação

em saúde, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas sobre os serviços prestados à população⁶.

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu avaliação como um processo de determinação quali e quantitativa, utilizando-se de métodos específicos e apropriados, de acordo com o que está sendo avaliado. Teoricamente, pode-se avaliar qualquer intervenção e/ou procedimento, um sistema de saúde ou mesmo uma atividade assistencial⁷, comparando os resultados obtidos com normas ou outros valores e quantidades, que sirvam como parâmetros, tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo controle.

Na presente investigação, utiliza-se o modelo de avaliação proposto por Donabedian (1988), que propõe a análise da estrutura, processo e resultados dos serviços. Nos últimos 20 anos, vários autores⁷⁻¹² têm descrito esse modelo.

O componente estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços, incluindo os recursos físicos, materiais e humanos, as normas, padronizações de procedimentos e rotinas do serviço. Os dados são obtidos de registros existentes, por entrevista ou observação local, e as conclusões desta avaliação podem ser rapidamente conhecidas, o que agrada aos gestores. A lógica que permeia este tipo de avaliação é que uma boa infra-estrutura favorece um bom atendimento aos clientes. Entretanto, não se pode determinar se o resultado final é de qualidade, pois recursos crescentes podem ser aplicados para manter ou ampliar uma estrutura sem que, necessariamente, haja qualquer impacto nos resultados.

O componente processo corresponde à avaliação das atividades realizadas pelos provedores da assistência, referindo-se tanto ao componente técnico quanto ao da relação interpessoal. A análise de processo refere-se, fundamentalmente, ao trabalho dos profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução da atenção à saúde e também na interação com os pacientes. Deve-se destacar que neste tipo de avaliação podem ser utilizados quaisquer indicadores que reflitam os procedimentos de atenção realizados.

O componente resultado, por sua vez, refere-se ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre a saúde dos usuários ou da comunidade e as relações entre usuários e provedores, intermediadas pelas expectativas de ambos.

Estudo realizado na Direção Regional de Saúde (DIR) XI analisou os índices de mortalidade materna e neonatal desta regional entre os anos de 2000 e 2004, sendo que desde 2002 todos os municípios aderiram ao PHPN. Verificou-se, que as situações da mortalidade materna e da mortalidade neonatal tardia mantiveram-se estáveis em todo período e que, para a mortalidade neonatal precoce houve variação estatisticamente significativa entre os anos de 2003 e 2004, com piora neste último ano¹³.

Considerando-se que a assistência prestada no período perinatal consiste, muitas vezes, em procedimentos rotineiros e passíveis de sofrerem simplificações nem sempre adequadas, a estreita associação entre afecções perinatais e as condições de assistência ao pré-natal, parto e ao neonato, e a situação da mortalidade materna e neonatal na Direção Regional de Saúde (DIR) XI, justificam a realização de um estudo que avalie o único serviço de assistência ao parto de alto risco desta regional.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Avaliar a assistência ao parto e ao recém-nascido, desenvolvida na maternidade e unidade de neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, (HC-FMB/UNESP), nos componentes estrutura e processo, durante o ano de 2004.

2.2 - Objetivos Específicos

- a)-** Descrever a estrutura disponível para a assistência ao parto e ao recém-nascido no HC-FMB/UNESP;
- b)-** Descrever o processo de assistência ao parto e ao recém-nascido desenvolvida no HC-FMB/UNESP;

3 - SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 – Desenho do Estudo

O presente estudo utiliza a metodologia quantitativa, descritiva e transversal, para avaliação da estrutura e do processo de assistência ao parto e ao recém-nascido.

3.2 – Fonte de Dados

Para análise da estrutura, utilizou-se de entrevista realizada com o docente responsável pela maternidade do HC-FMB/UNESP (Anexo 2) e de um instrumento de observação do serviço (Anexo 3). Para análise de processo, os dados foram obtidos de amostragem dos prontuários de partos ocorridos no ano de 2003 (Anexo 4) e da observação dos partos no momento de sua realização (Anexo 5).

Esses instrumentos foram construídos a partir de modelos obtidos num estudo realizado no Maranhão¹⁴.

3.3 – Tamanho amostral

O número de prontuários avaliados foi estabelecido a partir do número de partos ocorridos no HC-FMB/UNESP no ano de 2003, em relação ao número de partos ocorridos na DIR XI. O percentual de partos do Serviço avaliado foi de 25,5% em relação aos outros serviços da mesma regional de saúde, sendo que o cálculo amostral considerou 95% de confiança e 5% de erro de estimativa. Assim, estabeleceu-se amostra de 293 prontuários.

No que se refere à observação dos partos, foram acompanhados todos aqueles ocorridos durante uma semana de observação, desde a admissão da parturiente até o puerpério, tendo ocorrido no período 29 partos.

3.4 – Seleção dos Sujeitos

Para análise da estrutura, realizou-se entrevista com o docente responsável pela maternidade e utilizou-se dos dados obtidos pelos observadores do parto.

Para avaliação do processo, os prontuários a serem analisados foram selecionados a partir do sorteio de dias de parto. Todos os prontuários das mães e recém-nascidos, cujos partos haviam ocorrido na data sorteada, eram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico do HC-FMB/UNESP por até duas vezes e, se não fossem encontrados, os mesmos eram substituídos a partir de novo sorteio, sendo essa estratégia repetida até que se atingisse o número previsto pelo cálculo amostral.

Para atividade de observação, considerando-se a disponibilidade de recursos existentes, optou-se por acompanhar todos os partos ocorridos durante uma semana de observação, 24 horas por dia, de forma a poder acompanhar os procedimentos e rotinas de diferentes plantões.

3.5 – Variáveis

✓ Variáveis relacionadas à Estrutura da Assistência ao Parto:

- Normas e procedimentos existentes: existência de programa que organize o serviço de obstetrícia e neonatologia.
 - Recursos físicos: na sala de admissão, presença do acompanhante e existência de lavabo; espaço físico no pré-parto adequado para permitir acompanhante e deambulação da parturiente; quartos PPP (pré-parto, parto, puerpério); lavabos individuais para as salas de parto; existência de salas adequadamente equipadas para partos vaginais e cesáreas; lavabos na entrada do berçário e no alojamento conjunto e iluminação natural no berçário.
-

- Recursos humanos: existência de médico obstetra, anestesista, pediatra e enfermeira atuando na maternidade e neonatologia 24 horas por dia; adequado número de técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem e funcionários para a limpeza nestes setores.
- Material de consumo, equipamentos e instrumentais: existência em quantidade adequada de estetoscópio e esfigmomanômetro, estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler na admissão, pré-parto e parto, salas de parto equipadas (ar comprimido, oxigênio, foco de luz, mesa de parto e carrinhos de urgência e de anestesia); disponibilidade de roupas para mães e recém-nascidos; berço aquecido na recepção do recém-nascido e número suficiente de berços no alojamento conjunto; material de reanimação neonatal no centro-obstétrico e berçário; não reutilização de materiais descartáveis.
- Disponibilidade de exames laboratoriais e medicamentos: raio-X 24 horas/ dia; realização de exame anatomopatológico da placenta em casos de óbitos fetais; antibióticos, ocitócicos, analgésicos, anestésicos, imunoglobulina anti-Rh, medicamentos de reanimação neonatal e existência de tiras reagentes para glicemia.
- Condições de acesso ao serviço: localização da maternidade
- Educação para a saúde: existência de atividades sistemáticas de orientação para as mães relacionadas a aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

✓ **Variáveis relacionadas ao Processo da Assistência ao Parto:**

- Procedimentos realizados na admissão: profissional responsável pela admissão, solicitação do cartão/ anotação referente ao pré-natal, aferição da pressão arterial, realização de dinâmica uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, toque vaginal, tricotomia e enterocлизма.
-

- Procedimentos no pré-parto: orientação de jejum e repouso, controle não farmacológico da dor, venóclise, aferição da pressão arterial e ausculta dos batimentos cardíacos fetais, existência e preenchimento de partograma.
- Procedimentos na sala de parto e durante o puerpério: aferição da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, presença de acompanhante, tipo de parto, realização de episiotomia, uso de ocitócicos no terceiro estágio do parto, uso de outros medicamentos, local do parto, responsável pelo parto, descrição cirúrgica, anotações da evolução e resumo de alta da mãe.
- Procedimentos relativos à assistência do recém-nascido: contato visual mãe e bebê, aleitamento materno precoce, vitamina K, índice de Apgar, credeização, cálculo de idade gestacional por exame físico, antropometria, exames do cordão umbilical e registro da assistência.

3.6 – Coleta e Processamento de Dados

A presente investigação é parte de um projeto amplo de avaliação do PHPN na DIR XI. Assim, a entrevista com o docente responsável pela maternidade do HC-FMB/UNESP foi realizada pela coordenadora deste projeto no ano de 2004. No mesmo ano, a observação dos partos e da estrutura da maternidade foi realizada por uma enfermeira e uma bióloga, que receberam treinamento específico e contavam com manual de instruções para preenchimento do instrumento de coleta de dados, caso apresentassem alguma dúvida durante seu preenchimento.

A coleta de dados dos prontuários amostrados foi realizada pela autora e, ao seu término, construiu-se um banco no Sistema Access 2000. A consistência do arquivo foi checada pela verificação e comparação da distribuição de frequências em questões associadas, com correção dos erros identificados.

3.7 – Análise dos Dados

Para análise quantitativa, realizou-se intercâmbio das informações contidas no banco de dados do sistema Access para o software estatístico Epi Info 6.0.

3.8. Procedimentos Éticos

Este Projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (OF 565/2004-CEP), o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos¹⁵.

4- RESULTADOS

Para atingir o número de prontuários amostrados, foram solicitados 466 prontuários.

4.1 – Estrutura da maternidade do HC-FMB/UNESP

Segundo o docente entrevistado, a maternidade do HC-FMB/UNESP é um serviço que presta atendimento à gestação e parto de alto risco, tendo em média 120 partos mensais, dispõe de 27 leitos obstétricos distribuídos entre alojamento conjunto, pré-parto e isolamento e no ano de 2002 recebeu o Prêmio Cremesp de Saúde da Mulher. O serviço de neonatologia conta com uma unidade de cuidados intermediários e uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Para a assistência ao parto e ao recém-nascido, o serviço conta com uma equipe formada por obstetra, anestesista, pediatra e enfermeira atuante na área neonatal em período integral (24 horas). A equipe de enfermagem dispunha, no dia da entrevista, de quatro enfermeiras generalistas de plantão: duas para o alojamento conjunto e centro obstétrico e duas para a área de neonatologia, sendo que em média nove auxiliares e técnicos de enfermagem e três auxiliares de limpeza realizavam os turnos de trabalho diurnos.

Com relação à disponibilidade de exames, o docente apontou a existência de exames laboratoriais e de Raio-X 24 horas por dia e a realização rotineira de exame anatomopatológico da placenta. Informou que medicamentos essenciais e para reanimação neonatal, tais como: antibióticos, ocitócicos, analgésicos, anestésicos, imunoglobulina anti-Rh, estão disponíveis em quantidade adequada.

Embora o docente tenha referido que existiam normas escritas para organização das rotinas nas áreas de obstetrícia e neonatologia, quando os observadores indagaram às enfermeiras dessas áreas, elas referiram desconhecer a existência de tal material.

De acordo com os observadores, na sala de admissão, o espaço físico possibilitava a presença de acompanhante, além de possuir banheiro anexo individual. Quanto à sala de pré-parto, o espaço reduzido dificultava a deambulação

da parturiente, embora fosse possível a presença de acompanhante. Além disso, não existiam quartos PPP. As salas para parto vaginal e cesárea eram separadas, mas não existiam lavabos individuais para cada uma delas.

Ainda segundo os observadores, no alojamento conjunto havia banheiros com chuveiros de água quente. O espaço físico era adequado, com número suficiente de berços, e disponibilidade de roupas para mães e recém-nascidos. A área física ocupada pela neonatologia tinha boa iluminação natural, com lavabo antes da entrada das unidades de cuidado intensivo e intermediário e, nestas, a presença dos pais era permitida. Observaram-se dois bebês ocupando o mesmo berço aquecido.

Os observadores referiram que as salas de parto tinham equipamentos adequados para realização de parto vaginal e cesárea, incluindo: estetoscópio e esfigmomanômetro, estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler, ar comprimido, oxigênio, foco de luz, mesa de parto e carrinhos de urgência e de anestesia, material para reanimação neonatal e berço aquecido, este último permanecendo disponível em uma sala próxima à sala de parto. A prática de reutilização de material descartável não foi identificada em nenhuma área da maternidade.

Observou-se o uso rotineiro de antibioticoterapia profilática no parto cesárea, disponibilidade de tiras reagentes para medir a glicemia dos recém-nascidos e de materiais de reanimação neonatal.

Problemas de acesso à maternidade foram apontados pelos observadores, pois a mesma localiza-se fora da área urbana da cidade. Durante a observação, presenciaram-se atividades educativas com as mães abordando aleitamento materno e cuidados com o bebê.

4.2. Processo de assistência ao parto e recém-nascido

A análise do processo da atenção incluiu os procedimentos realizados na admissão, pré-parto, sala de parto e alojamento conjunto, bem como aqueles realizados com o recém-nascido.

A Tabela 1 apresenta os procedimentos realizados na assistência à parturiente, segundo os observadores e os prontuários amostrados.

Tabela 1 – Número e porcentagem das variáveis relativas ao processo de assistência ao parto, segundo os partos observados e os prontuários amostrados.

	Partos observados n = 29		Prontuários amostrados n = 293	
	N	(%)	N	(%)
SALA DE ADMISSÃO				
Admissão por médico obstetra ou residente de obstetrícia	29	100,0	293	100,0
Informação sobre a possibilidade de acompanhante	16	55,2	-	-
Solicitação do cartão/anotação referente ao pré-natal	28	96,6	197	67,2
Aferição da pressão arterial	28	96,6	253	86,3
Realização de dinâmica uterina	22	75,9	153	52,2
Ausculda dos batimentos cardíacos fetais	28	96,6	255	87,0
Realização de toque vaginal	26	89,7	231	78,8
Realização de tricotomia	4	13,8	35	11,9
Realização de Enterocлизма	-	-	5	1,7
SALA DE PRÉ - PARTO				
Prescrição de jejum	18	62,1	93	31,7
Orientação de repouso	2	6,9	6	2,0
Controle não farmacológico da dor	4	13,8	1	0,3
Venoclise	23	79,3	199	67,9
Aferição da pressão arterial	17	58,6	270	92,2
Ausculda dos batimentos cardíacos fetais	27	93,1	280	95,6
Existência de partograma	28	96,6	282	96,2
Preenchimento do partograma	28	96,6	278	94,9
SALA DE PARTO				
Aferição da pressão arterial	14	48,3	155	52,9
Ausculda dos batimentos cardíacos fetais	6	20,7	2	0,7
Presença de acompanhante	11	37,9	5	1,7
Tipo de Parto				
Vaginal	14	48,3	140	47,8
Cesárea	13	44,8	117	40
Fórcipe	2	6,9	30	10,2
Não consta	-	-	6	2,0
Realização de Episiotomia *	8	50	122	71,7
Utilização de ocitócicos no terceiro estágio do parto	22	75,9	172	58,7
Utilização de outros medicamentos	17	58,6	125	42,7
Realização de parto na sala de parto	26	89,6	284	96,9
Responsável pelo parto				
Obstetra ou médico residente de obstetrícia	26	89,6	280	95,6
Nasceu sozinho no pré-parto	3	10,4	-	-
Não consta	-	-	13	4,4
Descrição Cirúrgica	28	96,6	285	97,3
ALOJAMENTO CONJUNTO				
Evolução materna diária	-	-	259	88,4
Resumo de alta materna	-	-	269	91,8

* Proporcional ao número de partos vaginal (normal e fórcipe).

As admissões são realizadas por docentes obstetras ou médicos residentes de obstetrícia; durante a observação dos partos, evidenciou-se que 55,2% das parturientes eram informadas sobre a possibilidade de terem acompanhante durante o trabalho de parto, embora essa informação não estivesse descrita em nenhum dos prontuários amostrados. Foi solicitado o cartão de pré-natal para 96,6% das parturientes, enquanto que 67,2% dos prontuários tinham alguma anotação referente ao pré-natal (Tabela 1).

Segundo os observadores, os procedimentos clínicos mais realizados na admissão foram: aferição da pressão arterial (96,6%), a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (96,6%) e toque vaginal (89,7%). A dinâmica uterina foi realizada em 75,9% das gestantes e a tricotomia em quatro delas. Não foi observada a realização de enteroclisma no momento da admissão. A análise dos prontuários mostrou as seguintes porcentagens de realização de procedimentos durante a admissão: ausculta dos batimentos cardíacos fetais (87%), aferição da pressão arterial (86,3%), toque vaginal (78,8%), dinâmica uterina (52,5%) e tricotomia (12%). Havia registro da realização do enteroclisma em 1,7% dos prontuários (Tabela 1).

Durante o trabalho de parto, segundo os observadores, 62,1% das mulheres permaneceram em jejum e 6,9% em repouso. O controle não farmacológico da dor (massagem, deambulação e banho morno) foi observado em quatro partos e venóclise em 79,3% das mulheres. O registro da pressão arterial foi verificado em 270 prontuários analisados (92,2%) e em 58,6% durante a observação dos partos, enquanto a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foi anotada em 95,6% dos prontuários. A existência do partograma e o preenchimento completo estiveram presentes em mais de 94% dos prontuários analisados e dos partos observados (Tabela 1).

Na sala de parto, segundo os prontuários amostrados, 52,9% das mulheres tiveram sua pressão arterial aferida e em 0,7% das mulheres, os batimentos cardíacos fetais auscultados. A maioria dos partos foi vaginal normal e fórcepe: 55,2 % dos casos observados e 58 % dos amostrados, e a episiotomia foi realizada em oito dos partos observados e em 122 (71,7%) mulheres de partos vaginal normal e fórcepe amostrados (Tabela 1).

A ocitocina foi utilizada nesse serviço em 75,9% dos partos observados, havendo seu registro em 58,7% dos prontuários analisados. A utilização de outros medicamentos esteve presente em 58,6% nos partos observados e 42,7% nos prontuários amostrados, sendo que os mais usados foram os antibióticos, principalmente como uso rotineiro profilático após cesárea (Tabela 1).

Em relação ao local do parto, verifica-se que 89,6% dos partos observados e 97% dos prontuários analisados, os partos ocorreram na sala de parto. Médicos ou residentes de obstetrícia realizaram 89,6% dos partos observados e em 4,4% dos prontuários analisados não constava essa informação (Tabela 1).

Anotações como descrição cirúrgica, evolução materna e resumo de alta da mãe, estavam anotadas em 96,6%, 88,4% e 91,8% dos prontuários amostrados, respectivamente (Tabela 1).

Os procedimentos realizados na assistência ao recém-nascido são listados na Tabela 2.

Tabela 2 - Número e porcentagem das variáveis de processo de assistência ao recém-nascido, e segundo os partos observados e os prontuários amostrados.

	Partos observados n = 29		Prontuários amostrados n = 293	
	N	(%)	N	(%)
Contato visual mãe/bebê	22	75,9	173	59,0
Contato pele a pele mãe/bebê	6	20,7	45	15,4
Aleitamento materno na 1ª hora de vida	6	20,7	36	12,3
Recém-nascido com a mãe logo após o parto	3	10,3	107	36,5
Oferecimento de vitamina K	29	100,0	261	89,1
Realização do Boletim de Apgar	29	100,0	290	99,0
Realização de credeização	25	86,2	285	97,3
Cálculo da idade gestacional por exame físico	29	100,0	288	98,3
Dados antropométricos				
Peso	29	100,0	291	99,3
Comprimento	29	100,0	290	99,0
Perímetro cefálico	29	100,0	291	99,3
Exames do cordão umbilical				
Tipagem Sanguínea	28	96,6	289	98,6
VDRL *	29	100,0	235	80,2
Anti-HIV	29	100,0	74	28,7
Bilirrubinas	26	89,7	288	98,3
Registros				
Pediatra presente na sala de parto	26	89,7	291	99,3
Registro da recepção feita pelo pediatra	27	93,1	292	99,7
Evolução diária do recém-nascido	-	-	291	99,3
Resumo da alta do recém-nascido	-	-	285	97,3

* Veneral Diseases Reserach Laboratory

De acordo com a Tabela 2, o contato visual mãe/ bebê foi identificado em 173 prontuários e o aleitamento na primeira hora de vida ocorreu em 20,7% dos casos observados. Em todos os atendimentos ao recém-nascido observados, foi realizado o índice de Apgar, administrado a vitamina K e calculada a idade gestacional segundo o exame físico. Considerando-se os registros nos prontuários, o índice de Apgar (99,0%), a administração de vitamina K (89,1%) e a idade gestacional por exame físico (98,3%) estavam menos anotados do que foram observados, enquanto a credeização foi mais freqüentemente anotada (97,3%) do que observada (86,2%).

Os dados antropométricos também foram observados e registrados em mais de 99% dos casos. Os exames nos partos observados foram de 100% para VDRL e anti-HIV, 96,6% para tipagem sangüínea e 89,7% para a dosagem das bilirrubinas e a presença destes exames nos prontuários analisados foi variada: 28,7% para o anti-HIV e 98,6% para tipagem sangüínea. Dos prontuários analisados, em 36,5% deles o recém-nascido permaneceu com a mãe após o parto, a evolução diária e do resumo de alta do recém-nascido estiveram presentes em mais de 97%, enquanto, segundo os observadores, havia registro de pediatra na sala de parto em 96,6% (Tabela 2).

5 – DISCUSSÃO

A estrutura física de uma maneira geral apresenta-se adequada para assistência, dificultada apenas pela ausência do quarto PPP; equipamentos, instrumentais e medicamentos estão disponíveis.

Verificou-se certa precariedade de registros, o que é importante, uma vez que as informações devem existir e ser registradas, pois precisam ser conhecidas e analisadas, para aprimorar a qualidade da assistência.

O parto constitui um dos momentos mais importantes do ciclo gravídico-puerperal, tanto pela relevância como marco na vida da mãe e do filho, como para os riscos de complicações. A assistência hospitalar a esse evento tão importante deve ser segura, garantindo às mulheres os benefícios dos avanços científicos, mas também permitindo e estimulando o exercício da cidadania feminina a partir do resgate da autonomia da mulher durante o mesmo¹⁶.

A avaliação da estrutura de uma maternidade é importante pela possibilidade de estar relacionada à qualidade da assistência obstétrica e neonatal, pois se espera que estruturas adequadas de serviços de saúde se associem a atendimento de qualidade¹⁷.

Acredita-se que, normas e procedimentos representem conhecimento científico acumulado, um saber reconhecido e aceito pelos profissionais, o que facilita o funcionamento da instituição¹⁸. A existência desses itens nas áreas de obstetrícia e neonatologia foi considerada parte da análise da estrutura do HC-FMB/UNESP e, enquanto o docente apontou sua existência, as enfermeiras consultadas não a conheciam, sinalizando um sério problema na organização do serviço.

Com relação aos recursos físicos disponíveis, pode-se afirmar que a maternidade conta com uma área adequada para admissão da parturiente e para o alojamento conjunto. Porém, foram identificadas deficiências no pré-parto, por não haver espaço suficiente para deambulação durante o trabalho de parto e pela ausência de quartos PPP. O primeiro problema citado pode ser suprido mais facilmente, na medida em que os corredores da maternidade são utilizados para deambulação. O segundo, porém, demanda investimentos, já que requer quartos individuais e, portanto, aumento da área física.

Deve-se destacar que a existência de área física adequada pode viabilizar a adoção de práticas úteis para parto vaginal e que por isso devem ser estimuladas, como por exemplo: o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto, a permanência constante do acompanhante escolhido pela parturiente, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não supinas durante esse período¹⁶. Além disso, os quartos PPP se assemelham ao ambiente doméstico, e alguns serviços que os implementaram observaram aumento na satisfação materna e menores taxas de cesárea¹⁶.

A presença do acompanhante no momento do parto é um direito garantido por lei, e estudos evidenciam que o acompanhante transmite segurança emocional à mulher, trazendo benefícios a sua saúde e à do bebê, tais como: estabelecimento do vínculo familiar, aleitamento materno precoce, melhor desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e redução das taxas de abandono¹⁹⁻²¹. Identifica-se que, em serviços de pré-natal, há carência de informação sobre a possibilidade do acompanhante no momento do parto, pois, além de as mulheres chegarem sozinhas, muitos parceiros não viabilizam sua permanência junto a seus serviços, o que dificulta o acompanhamento¹⁹.

Aproximadamente, metade das mulheres que tiveram seus partos observados foram informadas sobre a possibilidade de contar com acompanhante durante a internação e algumas delas compareceram sozinhas no hospital. Um estudo realizado em serviços de assistência ao parto, do Rio de Janeiro, evidenciou que a porcentagem de mulheres atendidas nas maternidades públicas que compareciam sozinhas na admissão do parto era quase seis vezes maior em relação àquelas atendidas em maternidades privadas ou filantrópicas²².

Porém, o PHPN não promove avanços quanto a estas questões, pois embora aponte como um dos princípios gerais para adequada assistência ao parto a necessidade da organização da estrutura física das maternidades, quando apresenta as responsabilidades das maternidades integrantes do SUS, inclui a necessidade de assegurar condições para que as mulheres tenham direitos a acompanhante durante a internação, mas desde que a estrutura física da maternidade assim o permita. O Programa procura minimizar esse problema deixando claro que a visita do pai deve ser permitida sem restrição de horário²⁰.

É pressuposto do PHPN a garantia da lavagem e anti-sepsia das mãos antes do parto²⁰, e considera-se que isso pode ser melhor viabilizado quando a maternidade contar com lavabos individuais na entrada das salas de parto. No serviço estudado, embora um único lavabo esteja disponível no Centro Obstétrico, este dispõe de três torneiras de fácil acesso, o que não impossibilita a anti-sepsia das mãos.

Com relação à área física do Alojamento Conjunto, permite a puérpera e ao recém-nascido, acomodação adequada, enquanto na área neonatal a insuficiência de berços aquecidos foi evidenciada pelo fato de dois bebês ocuparem o mesmo berço ao mesmo tempo.

O sistema de alojamento conjunto objetiva que os cuidados com o recém-nascido sejam desenvolvidos pela mãe precocemente, além de viabilizar maior estímulo ao aleitamento materno. A avaliação da opinião dos funcionários atuantes em uma maternidade da cidade de São Carlos/ SP, sobre as vantagens do alojamento conjunto, destacou-se o incentivo ao aleitamento materno e o estabelecimento do vínculo afetivo entre mães e bebês²³. Ressalta-se que tal sistema contribui com a criação de um espaço oportuno para interação entre equipe de enfermagem e mãe/ bebê/ família, o que pode facilitar as atividades de educação em saúde.

De acordo com o PHPN, todo serviço de assistência ao parto tem que dispor de profissionais habilitados para práticas obstétricas, a fim de garantir um parto seguro¹⁶. Na maternidade avaliada, a presença de obstetra, pediatra e anestesista, ininterruptamente nas 24 horas do dia, permite afirmar que do ponto de vista médico os recursos disponíveis são adequados.

Especificamente com relação à disponibilidade de pediatra e anestesista para atuar na sala de parto, a situação do HC-FMB/UNESP é privilegiada. Estudo desenvolvido em 2002 evidenciou que 74,0% das maternidades brasileiras não contavam com a presença de pediatra, valor que diminuiu para 62,9% quando se analisou o Estado de São Paulo²⁴.

O anestesista é parte integrante da equipe multiprofissional, responsável por avaliar qual a melhor técnica anestésica a ser utilizada, de acordo com grau de complexidade do caso. Destaca-se que a analgesia compreende múltiplas técnicas

utilizadas para aliviar a dor associada ao trabalho de parto e parto, bem como outras destinadas à realização de procedimentos cirúrgicos¹⁶. Não havia enfermeira diariamente em todos os plantões, na maternidade (obstetrícia). O número médio de técnicos e auxiliares de enfermagem para o alojamento conjunto e centro obstétrico por plantão (nove) e o de auxiliares de limpeza (três), é considerado adequado segundo as Normas Básicas de Alojamento Conjunto que recomenda um auxiliar de enfermagem para cada oito binômios²⁵.

Ainda com relação à estrutura, no que se refere aos equipamentos, instrumentais e quantidade de medicamentos disponíveis, foram considerados adequados, tanto pelo docente quanto pelos observadores. Esta situação é diferente do restante do estado, pois estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo constatou que a maior parte das maternidades eram deficientes quando se avaliava a existência equipamentos de unidade de reanimação completa²⁶.

A dificuldade de acesso ao Serviço deve ser vista de duas maneiras: para as gestantes procedentes de Botucatu, o fato de a maternidade estar localizada fora da área urbana do município é fator complicador, especialmente se houver dependência de transporte coletivo, porém, em casos de parto de baixo risco, há no município a disponibilidade de um hospital na área urbana, que conta com os profissionais que prestam o atendimento por intermédio de um convênio realizado entre o HC-FMB/UNESP e Secretaria Estadual de Saúde.

Não há dúvida, porém, de que maiores dificuldades enfrentam mulheres que residem em outros municípios da DIR XI, já que a maternidade do HC é o único serviço terciário da região. O fato de este serviço contar com Central de Regulação na área obstétrica e de ser reconhecidamente o único responsável pela assistência terciária nesta área, pode facilitar o vínculo com os serviços de pré-natal, evitando-se que parturientes de alto risco peregrinem por diferentes instituições à procura de atendimento, como tem sido apontado em alguns estudos²⁷⁻²⁸.

A transição do status de “mulher” para o de “mãe” envolve valores culturais, sociais e emocionais. Na maioria das vezes, os sentimentos durante esse período são ignorados e, para evitar isso, informações sobre diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde²⁹⁻³⁰. Não

exatamente da maneira como exposto acima, mas nesse serviço foram presenciadas, pelas observadoras, orientações referentes aos cuidados com bebê e aleitamento materno.

Neste serviço, todas as admissões são realizadas pelo obstetra. Na maioria das vezes, solicitaram o cartão de pré-natal no momento da admissão da parturiente. Conhecer a evolução pré-natal contribui com o planejamento da assistência ao parto a ser desenvolvida, facilitando o processo de atenção. Além disso, tratando-se de hospital escola, há certa rotatividade de alunos e médicos residentes, de forma que a assistência ao parto não necessariamente é realizada pela pessoa que fez a admissão. Espera-se uma melhor qualidade de registro, uma vez que no processo de aprendizagem deve ser estimulada a realização de uma anamnese de qualidade³¹.

Todos os procedimentos clínicos realizados na admissão das parturientes foram mais observados do que registrados nos prontuários amostrados, evidenciando que parte dos procedimentos realizados pode não estar sendo anotado. Porém, estudos que utilizam como fonte de dados prontuários hospitalares, devem partir do princípio de que se algum procedimento não foi anotado, ele possivelmente também não foi realizado⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, durante a admissão da parturiente deve-se realizar anamnese, avaliando-se os antecedentes pessoais e a evolução da gestação atual, além de se realizar exame clínico e obstétrico¹⁶. Na presente investigação, optou-se por avaliar também a aferição da pressão arterial, da frequência cardíaca fetal e a realização de tricotomia e enteroclistma. A avaliação da aferição da pressão arterial foi incluída, uma vez que a primeira causa de morte materna no país é a síndrome hipertensiva. Embora a cobertura possa ter parecido adequada, não foi, pois trata-se de um procedimento inócuo e barato, portanto deveria ter uma cobertura de 100%.

É sabido que a frequência cardíaca fetal é um dos parâmetros usados para detectar sofrimento fetal³². Assim, da mesma forma que se considerou a cobertura da aferição da pressão arterial materna inadequada, o mesmo se dá quanto à cobertura da ausculta fetal. Um estudo realizado em maternidades de Belo Horizonte identificou que em quase metade dos prontuários, as anotações dos

batimentos cardíacos fetais estavam ausentes, denotando falha assistencial, já que esse registro permite identificar risco de morte neonatal, principalmente nas causas consideráveis evitáveis, como a asfixia³.

Das práticas que devem ser abolidas na assistência ao parto, destacam-se a tricotomia e o enterocisma. A baixa ocorrência de ambos demonstra uma mudança positiva na assistência do parto no serviço, uma vez que há evidências que esses procedimentos não são recomendados rotineiramente^{16,33-34}.

Para a prescrição de jejum durante o trabalho de parto considera-se o risco para anestesia e, uma vez classificada como baixo risco, a parturiente pode ser orientada quanto à ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros^{16,32}. Durante os partos observados, 62,1% das mulheres receberam orientação para permanecerem em jejum e isso deve ser relativizado, já que se trata de serviço terciário e que, assim, pode cogitar mais freqüentemente a necessidade de anestesia. Destaca-se que a ingestão oral de líquido durante o trabalho de parto é prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada³².

É importante valorizar os baixos índices encontrados nesse estudo, de indicação de repouso das parturientes, já que se deve estimular a deambulação e ter clara a importância da autonomia da mulher, apoiando-as em suas escolhas¹⁶.

O PHPN aponta como um dos indicadores de qualidade da assistência a prestação de serviço de forma humanizada. Este parece ser o grande desafio que se apresenta aos profissionais envolvidos na assistência obstétrica: minimizar o sofrimento das parturientes e seus familiares. Faz-se necessária uma nova abordagem, que considere e estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença do profissional junto à parturiente, dando suporte físico e emocional e o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como estímulo à deambulação, mudanças de posição e uso de água para relaxamento.

Entre os partos observados, pode-se afirmar que raramente se utilizaram técnicas não farmacológicas de alívio da dor, não havendo registro desses procedimentos em nenhum dos prontuários amostrados. Embora evidências que permitam indicar seu uso, há relatos positivos de mulheres que os consideraram úteis e reconfortantes. Assim, têm sido orientados: toques, massagens, banho de

chuveiro ou imersão, ensino da respiração, uso de calor e frio superficiais, acupuntura e aromaterapia^{16,32}.

O uso de venóclise apresentou porcentagens elevadas, e isso pode ser justificado por se tratar de uma maternidade de alto risco. O acesso venoso, seja para induzir o parto ou para hidratação, é um fator que limita a deambulação e ainda se houver uso de ocitocina sem indicação, pode provocar efeitos colaterais, como taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, rotura uterina e até sofrimento fetal agudo³⁵, destacando-se que seu uso para hidratação/ nutrição, não oferece vantagens em relação à oferta de líquidos³⁶.

O acompanhamento sistemático da parturiente durante o trabalho de parto permite a identificação precoce de intercorrências maternas e fetais, contribui com o estabelecimento de vínculo e minimiza sentimentos de medo e incertezas. Segundo o MS, o uso do partograma é obrigatório em todas as maternidades conveniadas ao Serviço Único de Saúde³⁷. Esta prática parece estar incorporada à rotina do Serviço avaliado, enquanto no estudo realizado em maternidades do SUS de Belo Horizonte, verificou-se que a não utilização desse instrumento aumentou de maneira importante o risco de óbito perinatal³.

Complicações como hemorragia ou retenção de placenta, durante a dequitação, podem justificar a realização de procedimentos invasivos, incluindo o uso de drogas, como a ocitocina, administrado em mais da metade dos partos amostrados. Por outro lado, esse procedimento tem o objetivo de diminuir a ocorrência de hemorragias e a morbidade e mortalidade a ela associada^{16,35}.

A finalização do parto engloba, inclusive, questões referentes ao registro dos procedimentos realizados, e o respectivo profissional envolvido. A descrição cirúrgica estava presente em 96,6% dos prontuários e novamente parece inadmissível que informação de tal relevância possa não ter sido valorizada por todos os profissionais.

No Brasil, a taxa de cesárea atinge 39%, sendo que nos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste esse índice é superior a 40%^{16,38-39}. Neste serviço avaliado, a taxa de cesárea foi equivalente à casuística nacional. Embora ainda se considere um valor elevado, deve-se ponderar que se trata da única maternidade de atendimento ao parto de alto risco da DIR XI.

Algumas práticas que inibem a segurança e o bem-estar materno são praticadas rotineiramente, mesmo havendo evidências científicas atuais que as contra-indiquem, como o uso rotineiro da episiotomia⁴⁰⁻⁴¹. Aparentemente, esta prática era utilizada no ano de 2003, pois a episiotomia esteve presente em 71,7% dos casos de partos vaginais normais e fórceps amostrados. Em 2004, ano da observação dos partos, a incidência desse procedimento foi de 27,6%.

A qualidade da informação disponível é, em geral, proporcional à qualidade da assistência. Assim, na ausência de registros das informações, fica difícil fazer avaliar a qualidade dos serviços. A evolução materna e o resumo de alta das puérperas estiveram presentes em 88,4% e 91,8% dos prontuários estudados, respectivamente, e esses dados também revelam problemas no registro dos cuidados prestados.

Com relação à importância do aleitamento materno na primeira hora, esta decorre de inúmeros benefícios advindos, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido. Em estudo realizado em 2001 neste hospital, com profissionais que atuavam no centro obstétrico, as principais dificuldades evidenciadas para viabilização dessa prática foram a falta de preparo dos profissionais e a visão de que isso não é possível quando o parto é cesárea⁴². Esta prática ainda permanece com baixa adesão, pois ocorreu em 20,7% dos partos observados.

Outra prática que deve ser estimulada é o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê, o mais precocemente possível, após o nascimento e a adequada secagem, e na vigência de um bom índice de Apgar, ele deve ser entregue à mãe, pois ajuda na formação do vínculo e na manutenção da temperatura corporal do bebê²⁰. Esta prática foi pouco utilizada no Serviço, tendo ocorrido em 20,7% dos partos observados, havendo registro em 15,4% dos prontuários analisados. Este valor baixo pode ser considerado por se tratar de hospital terciário, mas mesmo assim, é preciso sensibilizar a equipe na plenitude da realização desse ato, uma vez que a relação materno fetal vai sendo construída ao longo do contato estabelecido. Destaca-se, também, que quando se permite o contato precoce com o bebê, o aleitamento na primeira hora de vida e a permanência ininterrupta no alojamento conjunto, a possibilidade de sucesso do aleitamento materno é maior²¹.

Após o nascimento, a recepção do recém-nascido segue um protocolo de atendimento, o qual é prestado por uma equipe multiprofissional. Observa-se que alguns procedimentos estão incorporados à prática cotidiana, havendo um reconhecimento de sua importância e de seu valor prognóstico. Nos partos observados, houve a realização total de vários desses procedimentos: realização da vitamina K, presença do boletim de Apgar e o cálculo da idade gestacional por exame físico. Já a credeização teve cobertura de 86,2%. Destaca-se que a maior parte dos indicadores teve valores maiores nos casos de partos observados, quando comparados com os prontuários investigados, demonstrando também, carência nos registros neonatais.

Assim, os dados obtidos são superiores aos encontrados em estudo realizado com 12 hospitais da cidade de São Paulo, onde se identificou cobertura do boletim de Apgar em 95% dos prontuários e da determinação da idade gestacional por exame físico em aproximadamente metade dos bebês ¹⁸.

Os dados antropométricos, como peso, comprimento e perímetro cefálico, fazem parte da assistência ao recém-nascido e foram realizados em todos os partos observados.

No Brasil acredita-se que sejam feitos três milhões de partos por ano e que existam cerca de 13 mil gestantes infectadas pelo HIV, ocorrendo transmissão vertical em 35% dessa população. Para a sífilis, a estimativa é de que 3,5% das gestantes no país sejam portadoras e mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento⁴³⁻⁴⁴. Os dados referentes à realização de exames no neonato mostrou preocupação do serviço com o diagnóstico de patologias como a sífilis e a AIDS, já que todos os bebês observados realizaram esses exames. Deve-se destacar a grande diferença relativa à realização do exame anti-HIV nos partos observados (100%) e nos prontuários amostrados (28,7%), sugerindo que houve uma mudança nessa prática.

Analisando-se apenas os prontuários amostrados, a cobertura dos seguintes indicadores: presença do pediatra na sala de parto, anotação da recepção do recém-nascido e da evolução diária do bebê realizadas por esse profissional, obtêm-se valores acima de 99,0% e quanto ao resumo de alta, cobertura de 97,3%. Também neste caso deve-se considerar que a situação pode e deve melhorar.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de medidas básicas e efetivas para a qualificação da assistência ao parto e recém-nascido no que se refere à estrutura física da maternidade. Propõe-se a implantação de quartos PPP, para parturientes de baixo risco, onde as mesmas e seus acompanhantes possam vivenciar esse período com privacidade.

As normas e rotinas devem ser estabelecidas a partir do conhecimento científico e devem ser construídas coletivamente e implantadas por toda equipe, de forma a viabilizar a melhoria na qualidade da assistência. Assim, se parte dos profissionais as desconhecem, elas deixam de cumprir seu papel, evidenciando falha no processo gerencial da atenção.

Para se avaliar o cuidado desenvolvido a partir da análise de prontuários, é indispensável que haja registro de todo atendimento realizado, pois na ausência destes é difícil fazer inferências sobre a qualidade. Este estudo demonstrou certa precariedade de registros, especialmente relacionada às mães, tanto para continuidade da assistência, quanto para o desenvolvimento de avaliação do serviço.

Merece ser destacado que, com relação aos recém-nascidos, a análise dos prontuários e a observação dos partos evidenciaram elevados percentuais de registro de procedimentos realizados, como realização do boletim de Apgar, cálculo da idade gestacional pelo exame físico e os dados antropométricos. Porém, houve carência no registro de exames sorológicos.

Também se deve considerar a necessidade de um sistema de informações continuamente alimentado, garantindo o conhecimento de indicadores previamente estabelecidos, facilitando as avaliações periódicas do serviço pelos próprios prestadores da assistência.

Ressalta-se que os resultados deste estudo, apesar de suas limitações, podem contribuir para reflexão e debate entre os profissionais envolvidos no cuidado, delineando caminhos a serem seguidos com o objetivo de melhorar a assistência ao parto e ao recém-nascido.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
 2. Cecatti JG, Calderon IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27: 357-65.
 3. Lansky S, França E, César CC, Neto LCM, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:117-30.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Detalhamento das Portarias GM/569, 570, 571 e 572. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (8 jun. 2000).
 5. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:61-70.
 6. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1994;10:356-67.
 7. Pereira MG. Qualidade dos serviços de saúde. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 538-60.
 8. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994;10:80-91.
 9. César CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996;12 supl 2:59-70.
-

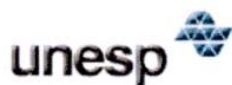
-
10. Stenzel ACB. A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1997.
 11. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
 12. Carvalho G, Rosemburg CP, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. Mundo Saúde. 2000;24:72-88.
 13. Parada CMGL. Avaliação do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na DIR XI – Botucatu [Tese livre-docência] – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
 14. Alves MTSSB, Silva AAM. (org). Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luis: UNICEF; 2000.
 15. Conselho Nacional de Saúde. Ministério Nacional da Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4:15-25.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasil: Ministério da Saúde, 2003.
 17. Costa JO, Xavier CC, Proietti FA, Delgado MS. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Saúde Pública. 2004; 38:701-8
 18. Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. Cad Saúde Pública. 1996;12 Supl 2:21-32.
-

-
19. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2: S389-S398.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 8 jun. 2000.
 21. Kennel, JH, Klaus MH. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatr Rev*. 1998;19:4-12
 22. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 199-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Supl 1:S20-S33.
 23. Beretta MIR, Frasson DA, Pacífico LHR, Denari FE. Avaliação do Sistema de Alojamento Conjunto na Maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos – SP. *Rev latino-am Enferm*. 2000;8 :59-66.
 24. Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. *Radis – Comunicação em Saúde*. 2002;(2):8-26.
 25. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação SUS - Legislação Federal. Portaria nº 1016, de 26 de Agosto de 1993. Alojamento conjunto. *Diário Oficial da União*, n.167(1set1993).
 26. Associação Paulista de Medicina. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - APM/CREMESP. CQH: Programa de controle de qualidade do atendimento médico hospitalar do Estado de São Paulo: manual de orientação aos hospitais. São Paulo; 1998. p. 156.
-

-
27. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004c; 4:269-79.
 28. Menezes DCS, Leite IC, Shramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:553-59.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000c.
 30. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 1:52-62.
 31. Magalhães MC, Carvalho MS. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev Brás Saúde Matern Infant*. 2003;3:329-37.
 32. OMS. Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra:OMS; 1996. (Publicação OMS/SRF/MSM/96, 24).
 33. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD001236.
 34. Cuervo LG, Rodriguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD003330.
 35. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27: 357-65.
-

-
36. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidade do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:646-54.
 37. OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo; 1994.
 38. Pucini RF, Pedroso GC, Silva EMAS, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da região Metropolitana de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:35-45.
 39. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Parto normal: mais segurança para a mãe. Brasília; 2006 [acesso 2 dez 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
 40. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(supl) :221-30.
 41. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth [Review.] *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000081.
 42. Manzini FC, Parada CMGL, Juliani CMCM. Aleitamento na sala de parto: visão dos profissionais de saúde. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002; Ribeirão Preto: EERP; 2002. p. 198.
 43. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Diagnóstico precoce da sífilis previne transmissão aos bebês. Brasília; 2006 [acesso 7 dez 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
 44. Ministério da Saúde. Saúde da família e a atenção pré-natal e puerperal. *Inform Atenção Básica* . 2006;7(36): 1-2.
-

Anexos

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 22 de novembro de 2.004

OF 565/2004-CEP
MACAH/asc

Ilustríssima Senhora
Prof.^a Dr.^a Vera Therezinha Medeiros Borges
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.^a Vera,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação da assistência pré natal e ao parto no HC-FMB”, de autoria de Fernanda Cristina Manzini, orientada por Vossa Senhoria, com a Co-orientação da Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 22/11/2004.

OBS: Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 – Questionário para entrevista com o docente responsável pela maternidade do HC-FMB/UNESP

Início _____ h _____ min

Término _____ h _____ min

Nº médio partos/mês _____

Nome do gestor da maternidade _____

Cargo _____ Data: ____/____/____

Nº leitos de pré-parto _____ Nº leitos de puerpério _____

Sua maternidade já recebeu algum prêmio? [1] sim Qual(is)? _____

[2] não

Sua maternidade atende ao parto de alto risco? [1] sim [2] não

Existe berçário no hospital? [1] sim [2] não

Este hospital possui UTI Neonatal? [1] sim [2] não

Sua instituição realiza auditorias periodicamente para avaliação da assistência prestada?

[1] sim [2] não

Sua instituição promove rotineiramente discussões clínicas dos casos graves/óbitos?

[1] sim [2] não

I- Assistência ao Parto

1. Existe médico obstetra na sua Maternidade 24 horas por dia? [1] sim [2] não	HCOBS24
2. Existe enfermeira obstetra na sua maternidade 24 horas por dia? [1] sim [2] não	HCENFO24
3. Na sua maternidade algum médico não obstetra faz parto? [1] sim [2] não [3] às vezes [4] só em caso de urgência	HCMEDNAO
4. Na sua maternidade alguma enfermeira generalista (não especialista em obstetrícia) faz parto? [1] sim [2] não [3] às vezes [4] só em caso de urgência	HCENFGE
5. Existe enfermeira na sua maternidade 24 horas por dia, para atuar na obstetrícia? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCENFO24

6. Existe enfermeira na sua maternidade 24 horas por dia, para atuar na neonatologia? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCENFNE24
7. Existe médico anestesista na sua Maternidade 24 horas por dia? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCANEST
8. Em todos os partos, há pediatra ou neonatologista na Sala de Parto? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCPEDSP
9. Existe plantão à distância para os pediatras desta maternidade? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCDISPED
10. Existe pediatra na sua maternidade 24 horas por dia? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCPED24
11. Na sua maternidade alguma auxiliar de enfermagem faz parto? [1] sim [2] não [3] às vezes [4] só em caso de urgência	HCAUXPA
12. Na sua maternidade alguma parteira faz parto? [1] sim [2] não [3] às vezes [4] só em caso de urgência	HCPART
13. Hoje, durante o dia, quantos funcionários estão fazendo a limpeza da maternidade (obstetrícia e neonatologia)? [1] um [2] dois [3] três [4] quatro [5] Outro _____ [9] não sabe	HCLIMP
14. Hoje, no plantão diurno, quantos auxiliares de enfermagem estão trabalhando na maternidade (obstetrícia e neonatologia)? [1] um [2] dois [3] três [4] quatro [5] Outro _____ [9] não sabe	HCAUXPL
15. Hoje, no plantão diurno, quantas enfermeiras estão trabalhando na maternidade (obstetrícia e neonatologia)? [1] um [2] dois [3] três [4] quatro [5] Outro _____ [9] não sabe	HCENFDIA
16. O senhor tem Curso de Especialização em Administração Hospitalar? [1] sim [2] não	HCESPADM
17. O chefe da neonatologia tem Curso de Especialização em Administração Hospitalar? [1] sim [2] não [9] não sabe	HCPEDADM

18. Com relação aos medicamentos essenciais, existe disponível na maternidade: Antibióticos: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCATB
19. Ocitócicos: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCOCIT
20. Analgésicos: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCANALG
21. Anestésicos: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCANEST
22. Medicamentos para reanimação do recém-nascido: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCREAN
23. Imunoglobulina Anti Rh: [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCIMUNO
24. Na última semana, quantas vezes o senhor passou visita na maternidade? [1] nenhuma [2] uma [3] duas [4] três [5] outro _____ [9] não sabe	HCVISITA
25. Com que frequência é realizada necropsia para os óbitos? [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCNECRO
26. Em caso de óbito fetal, com que frequência é realizado exame anatomopatológico da placenta? [1] sempre [2] às vezes [3] raramente [4] nunca [9] não sabe	HCANATO
27. Existe um programa ou normas escritas para organização da obstetrícia? [1] sim [2] não [9] não sabe	HCNOROBS
28. Existe um programa ou normas escritas para organização da neonatologia? [1] sim [2] não [9] não sabe	HCNORNEO
29. Na maternidade, existe Alojamento Conjunto? [1] sim, ininterrupto [2] sim, diurno [3] não	HCALOJAM

30. Na maternidade, existem quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério)? [1] sim [2] não	HCPPP
31. Na maternidade, existem atividades sistemáticas de orientação às mães abordando o aleitamento materno, cuidados com o bebê e outros temas? [1] sim [2] não [3] às vezes	HCORIENT
32. O senhor pode me dizer qual a taxa de mortalidade de bebês com mais de 2500 g na sua maternidade? [1] sim _____ [2] não	HC2500
33. O senhor pode me dizer qual a taxa de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) na sua maternidade? [1] sim _____ [2] não	HCMNN
34. 23. O senhor pode me dizer qual a taxa de mortalidade materna na sua maternidade? [1] sim _____ [2] não	HMM
35. O laboratório do hospital funciona 24 horas por dia? [1] sim [2] não	HCLAB24
36. Há Raio X disponível no hospital 24 horas por dia? [1] sim [2] não	HCRX24

II- Estrutura da Rede de Assistência à Saúde da Gestante e do Recém-Nascido

37. Em caso de necessidade de interconsulta (outras especialidades) para uma gestante/parturiente de sua instituição é possível viabilizá-la adequadamente? [1] Sim → [2] Não [3] Às vezes [9] Não sabe Vá para questão nº 57	HCESPECIA
38. Todas as interconsultas são agendadas prontamente? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe	HCAGENDA
39. Há, na sua instituição, um Comitê de Prevenção de Morte Materna atuante? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe	HCCOMIMA
40. Todos os óbitos de mulheres em idade fértil de sua instituição são investigados? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe	HCINVEMM
41. Quem investiga os óbitos maternos em sua instituição _____	HCQUEMM
42. Há, na sua instituição, um Comitê de Prevenção de Morte Infantil atuante? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe	HCCOMINF
43. Todos os óbitos infantis de sua instituição são investigados? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe	HCINVEMI

44. Quem investiga os óbitos infantis no seu município?	HCQUEMMI

45. Eu vou citar algumas especialidades. Aponte em qual (is) é possível conseguir interconsulta prontamente:

Especialidade	Sim	Não	Não Sabe	
Dermatologia				HCDERMRO
Vascular				HCVASCRO
Cardiologia				HCCARDIRO
Reumatologia				HCREUMRO
Ortopedia				HCORTORO
Proctologia				HCPROCRO
Ginecologia				HCGINERO
Gastroenterologia				HCGASTRO
Oftalmologia				HCOFTARO
Pneumologia				HCPNERO
Neurologia				HCNEURO
Psiquiatria				HCPSIQRO
Moléstias Infeciosas				HCMIRO

46. Você considera muito boa, boa, ruim ou péssima a capacidade instalada e operacional para atender às seguintes demandas de sua instituição:

Demandas	Muito Boa	Boa Ruim	Péssima	
Atendimento ao parto de alto risco				HCDEPAR
Atendimento ao recém-nascido em Unidades de Cuidados Intermediários e de Cuidados Intensivos				HCDEBE

47. O senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre o PHPN?

Anexo 3 – Estrutura da maternidade, segundo o profissional responsável pela observação dos partos

1. O acesso à maternidade é [1] fácil [2] difícil [3] outro _____	OACESSO
2. O espaço físico da sala de admissão permite acompanhante? [1] sim [2] não	OESPADMI
3. Há banheiro anexo à Sala de Admissão? [1] sim [2] não	OBANHEI
4. O espaço físico do pré-parto permite acompanhante? [1] sim [2] não	OESPAÇO
5. O espaço físico do pré-parto permite a deambulação da gestante? [1] sim [2] não	ODEAMBU
6. Você acompanhou algum profissional do hospital apoiando as parturientes durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não	OHUMANTP
7. Há lavabos individuais para cada Sala de Parto? [1] sim [2] não	OLAVABO
8. As torneiras dos lavabos são acionadas sem a mão? [1] sim [2] não	OMÃO
9. Há salas distintas para parto normal e cesárea? [1] sim [2] não	ODIFEREN
10. O espaço físico das salas é adequado para o parto normal? [1] sim [2] não	OTAMANHO
11. Você acompanhou algum profissional do hospital apoiando as parturientes durante o parto? [1] sim [2] não	OHUMANPA
12. O espaço físico das salas para parto cesárea é adequado? [1] sim [2] não	OCESAREA
13. As salas de parto normal são adequadamente equipadas (ar comprimido, oxigênio, foco, mesa, etc) ? [1] sim [2] não	OEQUIPN
14. As salas de cesárea são adequadamente equipadas (ar comprimido, oxigênio, foco, mesa, carrinho de urgência, de anestesia, etc) ? [1] sim [2] não	OEQUICES

15. Há estetoscópio e esfignomanômetro em todas as salas de parto ? [1] sim [2] não	OESTESF
16. Há Pinard ou sonar doppler em todas as salas de parto? [1] sim [2] não	OPINDOPP
17. Há berço aquecido para recepção dos neonatos em todas as salas de parto normal e cesárea? [1] sim [2] não	OAQUERN
18. Há material de reanimação neonatal adequado na sala de parto (oxigênio, máscara, ambu, estetoscópio infantil, medicações – adrenalina, expansores de volume como soro fisiológico e ringer, bicarbonato de sódio e cloreto de naloxone)? [1] sim [2] não	OREANSP
19. O espaço físico no berçário permite a presença dos pais? [1] sim [2] não	OBERÇA
20. Os pais podem acompanhar seus filhos no berçário? [1] sim [2] não	OACOBEP
21. Existe lavabo antes da entrada no berçário? [1] sim [2] não	OPIABER
22. A torneira do lavabo do berçário pode ser acionada sem a mão? [1] sim [2] não	OPIAMAO
23. A iluminação natural do berçário é adequada? [1] sim [2] não	OILUMINA
24. O número de berços no berçário é adequado? [1] sim [2] não	OBERÇOBE
25. Há material de reanimação neonatal adequado no berçário (oxigênio, máscara, ambu, estetoscópio infantil, medicações – adrenalina, expansores de volume como soro fisiológico e ringer, bicarbonato de sódio e cloreto de naloxone)? [1] sim [2] não	OREANBE
26. Você acompanhou algum profissional orientando as mães no berçário? [1] sim [2] não	OORBERÇ
27. Na maternidade, há alojamento conjunto? [1] sim, ininterrupto [2] sim, diurno [3] não	OAC
28. Existe lavabo no alojamento conjunto? [1] sim [2] não	OPIAAC

29. Há banheiro com chuveiro quente no alojamento conjunto ou enfermaria de puerpério? [1] sim [2] não	OBANHAC
30. O espaço entre os berços no alojamento conjunto é adequado? [1] sim [2] não	OESPAÇAC
31. O número de berços no alojamento conjunto é adequado? [1] sim [2] não	OBERÇOAC
32. Você acompanhou algum profissional orientando as mães no alojamento conjunto? [1] sim [2] não	OORIEAC
33. As puérperas são orientadas a deambular precocemente? [1] sim [2] não	OANDAR
34. Você observou algum material descartável sendo recolhido para ser reaproveitado? [1] sim [2] não	ODESCAR
35. O hospital fornece roupa para a mãe? [1] sim [2] não	ORROUPAMA
36. A quantidade de roupa disponível para a mãe é adequada? [1] sim [2] não [3] não corresponde	OQTEROMA
37. O hospital tem, por escrito, um programa ou norma para organização da assistência na área de obstetrícia? [1] sim [2] não	OESCROBS
38. O hospital fornece roupa para o recém-nascido? [1] sim [2] não	ORROUPARN
39. A quantidade de roupa disponível para o recém-nascido é adequada? [1] sim [2] não [3] não corresponde	OQTEROU
40. Há tira reagente para glicemia disponível para exame do neonato? [1] sim [2] não	OHGTRN
41. Há prescrição profilática de antibioticoterapia após cesárea? [1] sim [2] não	OATBCES
42. No hospital há banco de leite? [1] sim [2] não	OBANCOL
43. No hospital é usado chupeta? [1] sim [2] não	OCHUPETA

44. No hospital são utilizadas chucas e mamadeiras? [1] sim [2] não	OCHUCA
45. No hospital é usado leite artificial? [1] sim, rotineiramente [2] sim, após avaliação médica [3] não	OLEITEAR
46. O hospital tem, por escrito, um programa ou norma para organização da assistência na área de obstetrícia? [1] sim [2] não	OESCRNEO

Anexo 4 – Questionário para avaliação dos prontuários hospitalares**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Questionário nº _____	ANUMERO
2. Hospital _____	AHOSP
3. Nome da mãe: _____	ANOME
4. Endereço: _____ Fone _____ - _____ Bairro: _____	AENDEREÇO

2. PRÉ-PARTO: ADMISSÃO / CONDUTA / ACOMPANHAMENTO

5. Há registro da história obstétrica [1] Sim [2] Não	ACPAC
6. Há registro do local onde fez pré-natal? [1] UBS [2] UNESP [3] particular/convênio [4] não fez [9] não consta	APNONDE
7. Há registro da hora da admissão? [1] sim [2] não	AHORAAD
8. Há registro da hora do parto? [1] sim [2] não	AHORAPA
9. Há alguma anotação referente ao pré-natal? [1] sim [2] não	AANOTAPN
10. Admissão feita por: [1] médico [2] enfermeira [3] auxiliar de enfermagem [4] estudante [5] outro [9] não consta	AADMIS
11. Há registro de dinâmica uterina na admissão? [1] sim [2] não	ADINA
12. Há registro de toque na admissão? [1] sim [2] não	ATOQUE
13. Há registro de pressão arterial na admissão? [1] sim [2] não	APA
14. Há registro de ausculta fetal na admissão? [1] sim [2] não	AFOCO

15. Quantas vezes foi registrado exame durante o trabalho de parto? [1] nenhuma [2] 1 [3] 2 [3] 3 [3] 4 [3] 5 ou mais	AEXATP
16. Há registro de alguma visita médica durante o pré-parto? [1] sim [2] não	AMEDPP
17. Há registro de ausculta fetal antes do parto (pré-parto)? [1] sim [2] não	AFOCOPP
18. Há registro de pressão arterial antes do parto (pré-parto)? [1] sim [2] não	APRESSAO
19. Há registro de tricotomia, realizada no hospital? [1] sim [2] não	ATRICOT
20. Há registro de lavagem intestinal realizada no hospital? [1] sim [2] não	ALAVAG
21. A gestante manteve-se em jejum durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AJEJUM
22. A gestante foi orientada a manter-se em repouso durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	ADEITAR
23. Foi instalado soro durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AVEIA
24. Teve a bolsa rompida no hospital antes do parto? [1] espontânea [2] provocada [3] não [9] não consta	AROTURA
25. Houve alguma forma de controle não farmacológico da dor? [1] sim _____ [2] não [9] não consta	ADOR

3. PARTO: ATENDIMENTOS / RECURSOS HUMANOS / EQUIPAMENTOS

26. Tem folha de partograma ou similar no prontuário? [1] sim [2] não	APARTOGR
27. Foi preenchido o partograma (ou similar)? [1] sim [2] não	APARTOGP
28. Tipo de Parto [1] Normal [2] 1ªcesárea [3] cesárea repetida [4] Fórceps [9] não consta	ATIOPAR

29. Profissional que fez o parto [1] Obstetra [2] Enfermeira [3] Parteira [4] Aux. Enf. [5] Residente [6] Estudante [7] Médico do pré-natal [8] outro _____ [9] não consta	APROFPAR
30. O parto ocorreu na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	ALocalPAR
31. Foi verificada a pressão na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	APASP
32. Foi auscultado o bebê na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AFOCOSP
33. A parturiente teve acompanhante na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AACOSP
34. Foi feito episiotomia? [1] sim [2] não [3] não corresponde (cesárea) [9] não consta	AEPISIO
35. Foi feito algum tipo de anestesia? [1] bloqueio local [2] peridural [3] raquidiana [4] não [9] não consta	AANES
36. Mostraram o bebê para mãe na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AVIUBEBE
37. O bebê mamou na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AMAMOUS P
38. Foi usado medicamento para contrair o útero (como ergotrate, ocitocina ou outro, por via intramuscular ou endovenosa) na sala de parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AMEDPAR
39. Foram usados outros medicamentos na sala de parto [1] sim _____ [2] não [9] não consta	AOUMEDPA
40. Existe relato do parto ou da cesárea? [1] sim [2] não	AREGPAR
41. Há registro da indicação da cesárea? [1] sim [2] não [3] não corresponde (parto vaginal)	AINDICA
42. Foi colhido sangue de cordão para tipagem sanguínea do bebê? [1] sim [2] não [9] não consta	ATIPAGRN

43. Foi colhido sangue de cordão para VDRL do bebê? [1] sim [2] não [9] não consta	AVDRLRN
44. Foi colhido sangue de cordão para anti-HIV do bebê? [1] sim [2] não [9] não consta	AHIVRN
45. Foi colhido sangue de cordão para dosagem de bilirrubinas bebê? [1] sim [2] não [9] não consta	ABILIRN
46. Há registro de evolução diária da mãe? [1] sim [2] não	AEVOMÃE
47. Há registro de resumo de alta da mãe? [1] sim [2] não	ARESUMÃE

4. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO: ÁREA FÍSICA, EQUIPAMENTO / MATERIAL E RECURSOS HUMANOS

48. Quem atendeu a criança na sala de parto? [1] pediatra [2] obstetra [3] anestesista [4] enfermeira [5] auxiliar de enfermagem [6] parteira leiga [7] outro _____ [9] não consta	AATENDRN
49. Após nascimento o RN foi para: [1] berço ao lado da mãe [2] berçário comum [3] cama com a mãe [4] berçário intermediário [5] UTI neonatal [9] não consta [6] outro _____	ALocalRN
50. O RN mamou na primeira hora após o parto? [1] sim [2] não [9] não consta	AMAMOU1H
51. Foi feito boletim de Apgar? [1] sim [2] não [9] não consta	AAPGAR
52. Foi feito vitamina K? [1] sim [2] não [9] não consta	AVITK
53. Foi feito Credê? [1] sim [2] não [9] não consta	ACREDE
54. Há registro sobre a recepção do RN feito pelo pediatra? [1] sim [2] não	AREGRN
55. Há anotação do peso ao nascer? [1] sim [2] não	AREPESO

Anexo 5 – Questionário para acompanhamento dos partos**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Questionário nº _____	PNUMERO
2. Hospital _____	PHOSP
3. Nome da mãe: _____	PNOME
4. Endereço: _____ Fone _____ - _____ Bairro: _____	PENDEREÇO

2. PRÉ-PARTO: ADMISSÃO / CONDOTA / ACOMPANHAMENTO

5. Nº de gestações incluindo esta _____	PGESTA
6. Onde fez pré-natal? [1] UBS [2] UNESP [3] particular/convênio [4] não fez pré-natal	PPNONDE
7. Onde ficou antes do parto? [1] enfermaria com puérperas [2] sala de pré-parto [3] em maca [4] sentada no banco [5] internou no período expulsivo	PLOCALPP
8. Hora da admissão ____:____	PHORAAD
9. Hora do Parto ____:____	PHORAPA
10. Foi solicitado o cartão da gestante? [1] sim [2] não	PCARTAO
11. Admissão feita por: [1] médico [2] enfermeira [3] auxiliar de enfermagem [4] estudante [5] outro _____	PADMIS
12. Foi feito dinâmica uterina na admissão? [1] sim [2] não	PDINA
13. Foi feito toque na admissão? [1] sim [2] não	PTOQUE
14. Foi verificada a pressão arterial na admissão? [1] sim [2] não	PPA
15. Foi auscultado o bebê na admissão? [1] sim [2] não	PFOCO
16. Foi fornecido pelo hospital na admissão: [1] camisola [2] lençol de cama [3] toalha [4] nada	PROUPA

17. Foi permitida a presença (ou oferecido a possibilidade) de um acompanhante junto à gestante durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não [3] não corresponde (parturiente sem acompanhante)	PACOMPA
18. Quantas vezes a parturiente foi examinada durante o trabalho de parto? [1] nenhuma [2] 1 [3] 2 [3] 3 [3] 4 [3] 5 ou mais	PEXATP
19. O bebê foi auscultado com pinard antes do parto? [1] sim [2] não	PPINARD
20. O bebê foi auscultado com sonar antes do parto? [1] sim [2] não	PSONAR
21. A parturiente teve sua pressão medida antes do parto? [1] sim [2] não	PPRESSA O
22. Foi feito tricotomia no hospital? [1] sim [2] não	PTRICOT
23. Foi feito lavagem intestinal no hospital? [1] sim [2] não	PLAVAG
24. Foi orientado jejum durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não	PJEJUM
25. Foi orientado repouso durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não	PDEITAR
26. Foi instalado soro durante o trabalho de parto? [1] sim [2] não	PVEIA
27. A bolsa foi rompida neste hospital antes do parto? [1] espontaneamente [2] rotura artificial (pelo profissional) [3] não	PROTURA
28. Houve alguma forma de controle não farmacológico da dor? [1] sim [2] não	PDOR

3. PARTO: ATENDIMENTOS / RECURSOS HUMANOS / EQUIPAMENTOS

29. Tipo de Parto [1] Normal [2] 1 ^a cesárea [3] cesárea repetida [4] Fórceps	PTIOPAR
30. Profissional que fez o parto [1] Obstetra [2] Enfermeira [3] Parteira [4] Aux. Enf. [5] Residente [6] Estudante [7] Médico do pré-natal [8] outro _____	PPROFPAR

31. Parto ocorreu na sala de parto? [1] sim [2] não	PLOCALPAR
32. Foi verificada a pressão na sala de parto, ? [1] sim [2] não	PPASP
33. Foi auscultado o bebê na sala de parto? [1] sim [2] não	PFOCOSP
34. Teve acompanhante na sala de parto? [1] sim [2] não	PACOSP
35. Foi feito episiotomia? [1] sim [2] não [3] não corresponde (cesárea)	PEPISIO
36. Foi feito algum tipo de anestesia? [1] bloqueio local [2] peridural [3] raqui [4] não	PANES
37. Mostraram o bebê para a mãe na sala de parto? [1] sim [2] não	PVIUBEBE
38. O bebê mamou na sala de parto? [1] sim [2] não	PMAMOUSP
39. Uso de medicação na sala de parto – ocitócico (injeção/soro) [1] sim [2] não	PMEDPAR
40. Uso de outros medicamentos na sala de parto [1] sim [2] não	POUMEDPA

4. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO: ÁREA FÍSICA, EQUIPAMENTO / MATERIAL E RECURSOS HUMANOS

41. Quem atendeu a criança na sala de parto? [1] pediatra [2] obstetra [3] anestesista [4] enfermeira [5] auxiliar de enfermagem [6] parteira leiga [7] outro _____	PATENDRN
42. Após nascimento o RN foi para: [1] berço ao lado da mãe [2] berçário comum [3] cama com a mãe [4] berçário intermediário [5] UTI neonatal [6] outro _____	PLOCALRN
43. O RN mamou na primeira hora após o parto? [1] sim [2] não	PMAMOU1H

44. Foi feito boletim de Apgar? [1] sim [2] não	PAPGAR
45. Foi feita vitamina K? [1] sim [2] não	PVITK
46. Foi feito Credê? [1] sim [2] não	PCREDE
47. Mãe e bebê foram identificados? [1] sim [2] não	PIDENTIF
48. Foi colhido sangue de cordão para tipagem sanguínea do bebê? [1] sim [2] não	PTIPAGRN
49. Foi colhido sangue de cordão para VDRL do bebê? [1] sim [2] não	PVDRLRN
50. Foi colhido sangue de cordão para anti-HIV do bebê? [1] sim [2] não	PHIVRN
51. Foi colhido sangue de cordão para dosagem de bilirrubinas no bebê? [1] sim [2] não	PBILIRN

5. PRONTUÁRIOS (DA MÃE E RECÉM-NASCIDO)

47. Há registro de admissão? [1] sim [2] não	PREGADM
48. Há alguma anotação referente ao pré-natal? [1] sim [2] não	PANOTAPN
49. Há registro de alguma visita médica durante o pré-parto? [1] sim [2] não	PMEDPP
50. Tem folha de partograma ou similar no prontuário? [1] sim [2] não	PPARTOGR
51. Foi preenchido o partograma (ou similar)? [1] sim [2] não	PPARTOGP
52. Existe relato do parto ou da cesárea? [1] sim [2] não	PREGPAR
53. Há registro da indicação da cesárea? [1] sim [2] não [3] não corresponde (parto vaginal)	PINDICA

54. Há registro do boletim de Apgar? [1] sim [2] não	PREAPGAR
55. Há registro sobre o RN feito pelo pediatra? [1] sim [2] não	PREGRN
56. Há anotação do peso ao nascer? [1] sim [2] não	PREPESO
57. Há anotação de estatura ao nascer? [1] sim [2] não	PREEST
58. Há anotação do perímetro cefálico do recém-nascido? [1] sim [2] não	PREPC
59. Há anotação de idade gestacional por exame físico? [1] sim [2] não	PREIGEX

Artigo II

**“Avaliação da assistência ao parto no hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Botucatu – UNESP: visão das usuárias”**

Resumo

O objetivo deste estudo foi apreender a representação das usuárias em relação ao cuidado recebido durante parto e puerpério, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Utilizou-se a metodologia qualitativa e realizou-se entrevista semi-estruturada, realizada no domicílio das puérperas após a alta hospitalar. Para organização dos dados, construiu-se o Discurso do Sujeito Coletivo. As representações das mulheres sobre o cuidado recebido mostraram-se relacionadas ao respeito, segurança pela presença do acompanhante, capacidade resolutiva e agilidade do serviço, recebimento de orientação sobre procedimentos realizados, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, viabilização de amamentação na sala de parto e facilidade de acesso ao berçário. Emergiram, também, questões como as diferentes formas de atuação dos profissionais frente ao cuidado com o recém-nascido e a falta de paciência destes durante as orientações realizadas. Algumas mulheres representaram o cuidado de forma negativa, relacionando-o a dificuldade no processo de internação e para permanência do acompanhante, ao medo do parto, ao excesso de intervenções sofridas e a separação do bebê após o nascimento. Esse tipo de avaliação pode contribuir para alertar os profissionais sobre a importância da humanização da atenção ao parto e puerpério, especialmente no que se refere à capacidade de se evitar intervenções desnecessárias e no respeito à autonomia da mulher durante o processo de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Parto, Avaliação em saúde, Satisfação do paciente.

Abstract

The aim of this study was to learn about the patients during the childbirth and puerperium at the University Hospital at Sao Paulo State University, Botucatu, Sao Paulo. Both the qualitative methodology and semi-structured interviews at the home of the puerperal women after leaving the hospital were used. For the data methodology the Discourse of the Collective Subject was put together. There was a correlation between the care given to the women and respect, companion presence, agility of the service, information about the procedures done, non-pharmacological methods to relief pain, breast-feeding at the birthdelivery room, and easy access to the nursery. Moreover, there were some issues such as how the professionals take care of the newborns and the impatience of them during the orientation. Some women had a negative view about the service because of the difficulty of hospital admittance, the companion stay, childbirth apprehension, the excess of intervention and the seclusion from the baby after the birthdelivery. This evaluation can help professionals about the importance of humanizing childbirth and puerperium care, in special avert unnecessary interventions and the autonomy of the woman during the clinical management.

Keywords: Childbirth, Health Evaluation, Patient Satisfaction.

1. INTRODUÇÃO

O parto é um evento marcante na vida das mulheres e de suas famílias, repleto de significados que são (re) construídos dinamicamente na cultura. Em nenhuma sociedade o parto é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biopsicossocial, que envolve aspectos culturais, sociais, emocionais e afetivos. Com a institucionalização do parto, o que antes era vivido naturalmente pelas mulheres com autonomia e privacidade, hoje se caracteriza como um evento médico. O parto deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais¹.

Em contraponto, estudos demonstram que dentre as principais expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto estão a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole e o controle da situação, além de conhecer o profissional que vai atendê-la, com relação de confiança e segurança e a expectativa de contar com um acompanhante².

Com o objetivo de reorganizar a assistência ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais¹.

A avaliação da qualidade da atenção é preocupação das equipes responsáveis pela programação dos serviços, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas sobre os serviços de saúde prestados à população³. Nesse sentido, estudos qualitativos podem ser utilizados na avaliação dos resultados da atenção, principalmente no que se refere ao cuidado oferecido. Este é fundamental na promoção à saúde, ampliando o sentido dessa prática para além do puramente instrumental, devido aos múltiplos fatores envolvidos e considerados⁴⁻⁵.

Tais estudos podem auxiliar na reorientação das ações de atenção à saúde e parte-se do princípio de que eles não devam se restringir à verificação apenas do êxito técnico. É importante a associação deste com o não técnico em todos os momentos assistenciais, devendo-se considerar que em toda ação terapêutica há um autêntico encontro entre as identidades dos diversos sujeitos. No âmbito do cuidado, as finalidades técnicas transcendem a objetividade, realizando

uma contínua (re) construção de identidade e de projetos de felicidade e de saúde⁴. Estudos que avaliam os resultados da atenção devem incluir a análise da dimensão psicossocial, visto que dizem respeito aos efeitos ocorridos no nível da intervenção entre usuários e provedores, sendo intermediados pelas expectativas de ambos.

Em síntese, avaliar resultados significa saber o que acontece com as pessoas após serem assistidas nos serviços de saúde, considerando-se dois aspectos: a satisfação dos usuários e os níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade.

A satisfação do usuário relaciona-se à quantidade e qualidade dos cuidados e atenção destinados a ele no serviço avaliado. Nesse sentido, inúmeros aspectos podem ser avaliados, como por exemplo: a cortesia e competência dos profissionais, a presteza no primeiro contato, o tempo de espera, o cumprimento de horário, a adequação dos equipamentos e a solução dos problemas.

Neste estudo, para análise do resultado da assistência ao parto, objetivou-se apreender as representações das mulheres sobre o cuidado recebido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (HC-FMB/UNESP), durante o parto e puerpério.

2- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que procurou apreender a representação social das mulheres sobre o cuidado recebido durante o parto e puerpério. Para a construção dos dados, utilizou-se entrevista semi-estruturada (Anexo 1), foi realizada em dois momentos após a alta hospitalar, em seu domicílio. Essas foram gravadas, sendo que na primeira delas solicitava-se a presença de um familiar, sempre que possível. Ao seu término, as fitas foram transcritas e os pontos duvidosos anotados, de forma a poderem ser esclarecidos na segunda entrevista domiciliar realizada.

Como em pesquisa qualitativa não se delimita previamente o número de sujeitos participantes, realizaram-se entrevistas em número suficiente, para permitir construir a representação sobre o cuidado recebido. Assim, foram realizadas 12 entrevistas.

Esse estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (OF 565/2004-CEP), o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos⁶.

2.1 – Sujeitos da pesquisa

Para a realização das entrevistas, considerou-se a variabilidade e qualidade dos sujeitos⁷ e, assim, buscaram-se intencionalmente puérperas que tiveram parto nesse serviço, com diferentes idades, tipos de parto, resultados neonatais e procedência.

Trabalhou-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁸⁻⁹.

2.2 – Análise dos Dados

A organização dos dados das entrevistas com as puérperas foi realizada conforme proposta de Lefèvre e Lefèvre⁷ e consistiu na determinação da idéia central: afirmação (ões) que permite (m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos; identificação das expressões-chave; transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do que é essencial no conteúdo discursivo e construção do discurso do sujeito coletivo; reconstrução, com pedaços de discursos individuais, de tantos discursos-síntese quantos forem necessários, para expressar um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

As entrevistas foram enumeradas de 1 a 12 e estarão assinaladas após os discursos, que para destaque estarão em *itálico*, aqueles que contribuíram com a sua elaboração. As idéias centrais são apresentadas em **negrito**.

3- RESULTADOS E DISCUSSÕES

A avaliação em saúde deve necessariamente incluir o grau de satisfação de seus usuários, com todos os seus vieses possíveis⁵ A humanização da atenção ao parto tem o objetivo maior de promover o bem-estar materno-fetal, a partir da mudança das práticas hospitalares, da cuidadosa atuação profissional, da presença do acompanhante, da oferta necessária de suporte psicológico à mulher e sua família, da valorização da autonomia da parturiente e do respeito aos seus direitos de cidadania¹⁰.

Nos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) 1 e 2, apresentados a seguir, apreende-se representação positiva do cuidado, especialmente relacionado ao respeito e acolhimento por parte dos profissionais, inclusive à família:

DSC 1 – *“Foi tudo bem, eles são bons, uns amores, não maltratam ninguém, eu tive atenção de todos e me senti acolhida, respeitada, nossa! Eu gostei da equipe dos médicos, do tratamento, das enfermeiras de lá, era uma equipe muito boa... é gente que cuida da gente com carinho, querendo aliviar aquilo que a gente está sentindo. Não tem outro lugar pra você se tratar e ter seu filho com segurança”* (IC 1 – **Eu me senti respeitada**. Entrevistas n^{os} 1-3, 6, 8-9, 11).

DSC 2 – *“Meu marido foi na internação, eu ganhei a nenenzinha, ele viu, empurrou o carrinho ... Ele estava ali comigo, a minha irmã também, senti segurança. Achei legal isso, é melhor quando tem alguém da família do que quando nós ficamos no hospital sozinha”* (IC 2 – **Segurança pela presença do acompanhante**. Entrevistas n^{os} 1-7, 9-11).

No momento em que a mulher procura o serviço para atendimento ao parto, geralmente surgem sentimentos contraditórios: ansiedade, medo, alegria e muitas outras emoções que permearão esse acontecimento. Mais do que qualquer outro período da sua vida, a mulher espera encontrar um ambiente acolhedor e solidário, onde possa ter seu parto com uma assistência adequada e segura, fato que pode determinar o nível de confiança que ela e sua família depositam no Serviço^{1,11}.

Também, deve-se ressaltar que é direito das parturientes poderem ter o acompanhante de sua livre escolha. Estudo realizado em maternidade do Rio de

Janeiro identificou que o grau de satisfação entre as mulheres, em relação ao parto, foi maior quando puderam contar com acompanhante¹². Assim, no segundo discurso, emergem sentimentos de segurança e satisfação, também constatado pela medicina baseada em evidências, que demonstrou que esta prática traz suporte emocional, apoio e facilita o trabalho de parto^{1,13-14}.

A presença do pai no momento do nascimento traz o núcleo familiar para o ambiente institucional, constituindo-se um desafio, pela possibilidade de construção de um novo modelo assistencial¹³. Contudo, identificam-se no DSC 3 abaixo, dificuldades relativas à permanência do acompanhante durante o trabalho de parto:

DSC 3 – *“Eu falei: posso chamar meu marido? ... a enfermeira chegou e falou que não podia, porque tinha mais pacientes e ele é homem, e que só poderia chamar na hora de ganhar mesmo. Aí ele pegou e veio embora. Depois de vinte minutos ligaram pra ele voltar, porque a menina ia nascer...”* (**IC 3 – Não deixaram meu marido ficar comigo.** Entrevistas n^{os} 4, 6 - 7, 12).

A inadequação da estrutura física na maioria das maternidades impossibilita a presença do acompanhante no pré-parto, pois impede a privacidade da parturiente e de seu companheiro. A representação do cuidado como pronto atendimento em situação de risco pode ser apreendida do DSC 4:

DSC 4 – *“... A gente chegou lá acompanhando ela, com a placenta descolada, já foram feitos os exames, ultra-som e comprovou que estava com a placenta descolada. Aí marcaram a operação pro meio dia, ela estava sofrendo, eles correram e atenderam bem rapidinho. Não temos nada a reclamar, só agradecer....”* (**IC 4 – Serviço ágil e resolutivo.** Entrevistas n^{os} 1-2, 9).

Evidencia-se no DSC 4 uma situação de risco resolvida a contento. Em contraponto, estudos têm apontado como um dos principais problemas da atenção obstétrica no país a peregrinação de mulheres por diferentes maternidades na busca de um lugar seguro para o momento do parto¹⁵⁻¹⁶. De acordo com o DSC 4, porém, este tipo de problema não ocorreu com os sujeitos deste estudo.

Visando à humanização da assistência ao parto, vários serviços têm buscado medidas menos intervencionistas, a diminuição do tempo de internação e a ampliação da participação da mulher durante o processo de parturição¹². Sentimentos de ansiedade e medo são vivenciados pelas mulheres no momento da internação, gerando muitas vezes conflito entre a parturiente e o profissional de saúde. Deve-se considerar que embora a instituição possa adotar práticas humanizadas, sempre há heterogeneidade no cuidado, com significativas variações na forma de diferentes pessoas conduzirem o atendimento¹⁴. No DSC 5 o cuidado é inicialmente representado de forma negativa, devido a dificuldade no momento da internação, mas em seguida emerge a consideração às percepções da gestante:

DSC 5 – *“... Eles me falaram que da quarta não passava, mas eu cheguei no hospital e o médico falou: se você quer ficar tomando soro, você fica, mas não tem leito – ele queria me mandar embora. Eu falei: não vou sair daqui – eu estava com muita dor. Depois veio outra médica, ela perguntou pra mim: você acha melhor ficar ou ir embora? Eu disse, não, eu quero ficar aqui, porque eu estou com muita dor e tenho certeza que o meu nenê vai nascer hoje. Aí ela falou assim, então tudo bem e aí eu fiquei. Se eu tivesse ido ela tinha nascido na casa.”* (IC 5 – **Fui internada por insistência**. Entrevistas n^{os} 2, 5).

Quando o trabalho de parto inicia espontaneamente, em geral as próprias mulheres buscam assistência. Qualquer que seja o local do parto, é vital estabelecer uma boa relação entre a parturiente e o profissional do serviço de saúde. É importante nesse momento considerar a “natureza da mulher”, sua autonomia, a preservação dos direitos humanos, a legitimidade de sua participação nas decisões sobre sua saúde, com algumas negociações nos procedimentos de rotina a serem realizados e a ética na relação profissional-paciente^{10,17}.

Sentimentos indesejáveis também podem ser experienciados pelas mulheres em trabalho de parto, especialmente as primigestas. Assim, no DSC 6, o parto é representado como um momento de medo:

DSC 6 – *“Nossa, fiquei morrendo de medo, de subir a pressão, de ter parto normal – e lá eles falam que a gente tem que esperar sempre ter parto normal, não faz cesárea – e de cuidar, acho que é porque é o primeiro filho. Se bem que eu precisei gritar um pouco para os médicos irem lá, que eles deixam pra última hora mesmo”* (IC 6 – **Tive medo do parto**. Entrevistas n^{os} 5, 12).

Estudo brasileiro realizado evidenciou que 48% das mulheres pensam no parto associado à dor, 9,4% ao medo e 4,3% têm outras idéias negativas deste evento¹². Muitas vezes tais sentimentos estão relacionados à preocupação com possíveis complicações na saúde materna ou do recém-nascido, ao medo da morte ou do desconhecido, à dor e ao processo do parto em si.

Também emerge do Discurso 6 destaque ao medo de que a pressão arterial aumentasse. Isso pode ser facilmente compreendido, uma vez que no Brasil as síndromes hipertensivas estão entre as principais intercorrências do período gravídico-puerperal, não apenas por sua elevada prevalência, como também pela associação a morbimortalidade materna e perinatal¹⁵, e isto foi apontado pelos sujeitos.

Estudos revelam que o grau de informação, tanto durante a gravidez, quanto no trabalho de parto e parto, influenciam positivamente o comportamento da mulher, que se sente mais participante dos processos decisórios, aumentando sua percepção de estar no controle da situação e resultando, assim, em satisfação¹². No DSC 7 o cuidado humanizado é representado pelas orientações recebidas:

DSC 7 – *“Ela me explicou tudo certinho, esclareceu tudo. Toda vez que ela me tocava, falava quantos centímetros estava, o que era para eu fazer.... Ela falou porque estava dando o pontinho, que depois ia voltar tudo ao normal. Eles davam receita e explicavam, se fosse dar alguma reação, eles falavam a reação que daria. O anestesta conversava com a gente para tentar acalmar, para gente não ficar nervosa” (IC 7 – Me explicaram tudo certinho. Entrevistas n^{os} 1, 3 - 4, 6, 8 - 10).*

É direito de a mulher receber informações claras em todas as etapas do seu trabalho de parto. Está claro no Discurso 7 o quanto essas informações promovem um ambiente de segurança e fortalecem o vínculo entre usuário e profissional, repercutindo no bem-estar físico e emocional da mulher¹⁸.

Por outro lado, a representação do cuidado como um excesso de intervenções está presente no DSC 8. Esse excesso dificulta o processo fisiológico do parto, podendo resultar no desgaste emocional da mulher, gerando sentimentos ambíguos entre profissional e parturiente, com repercussões negativas nessa relação.

DSC 8 – “A médica sempre, toda hora, a cada minuto, vinha fazer exame em mim. Foi um monte de toque, umas oito vezes! Ela me pedia pra fazer bastante força, até me irritava na hora da dor e tinha de um lado uma enfermeira que “coisava” a minha barriga e a médica do outro lado pra poder pegar ele. Quando tiraram o meu filho eu caí da mesa, o anestesista me grudou pela camisola, aí minha irmã gritou: vocês querem matar minha irmã?” (**IC 8 – Excesso intervenções e intercorrência.** Entrevistas n^{os} 5, 7, 12)

Quando uma mulher ultrapassa os limites do comportamento esperado, geralmente é rotulada de descompensada, sendo responsabilizada pela promoção do estresse do ambiente. Essas situações geram fortes tensões em todos os membros da equipe e, não raro, podem levar a mudanças no andamento do cuidado, tanto com medidas prescritas para acelerar o trabalho de parto, como em relação ao tipo de parto¹⁴.

Para muitas mulheres, o trabalho de parto está associado à dor e sofrimentos que desejam que terminem o mais rapidamente possível com a ajuda de intervenções médicas, sendo que uma das principais expectativas das mulheres ao final da gestação é a intensidade da dor no trabalho de parto².

Para amenizar o sofrimento, a dor e diminuir episódios deste tipo, as propostas de humanização do parto recuperam algumas medidas naturais e não invasivas. Sabe-se que elas, embora aliviem o sofrimento, não são suficientes para eliminar a vivência da dor, o que está muito relacionado à subjetividade de cada mulher e, mais ainda, com a forma como esta dor é construída culturalmente¹⁴. Embora ainda seja difícil a mudança do paradigma relativo à dor do parto e à aceitação dos profissionais de saúde para essas medidas, observa-se que este serviço tem estimulado as parturientes a não permanecerem passivas no leito. No DSC 9, o cuidado no trabalho de parto é representado como uma série de medidas não farmacológicas de alívio da dor:

DSC 9 – “Eles me mandaram tomar banho, ficar com a barriga no chuveiro, caminhar bastante, disseram que é relaxante... a dilatação foi muito rápida: comecei a caminhar e já estourou a bolsa, nem deu tempo de nada. O médico falou que foi um parto maravilhoso: fácil, rápido e sem sofrimento..” (**IC 9 – Métodos não farmacológicos, parto maravilhoso.** Entrevistas n^{os} 3 - 4, 10).

Embora apresentadas de forma positiva pelos sujeitos investigados, a medicina baseada em evidências tem recomendado cautela no uso das práticas não farmacológicas de alívio da dor, já que seus reais efeitos ainda precisam ser melhor comprovados¹.

É importante lembrar que o parto representa mais do que simples evento biológico, já que ocorre uma importante transição do *status* de mulher para o de mãe¹², o que pode gerar dificuldade na adaptação durante esse período. O DSC 10 apresenta o importante papel da equipe de saúde junto à puérpera, que representa o cuidado pelo apoio recebido no processo de amamentação e cuidado com o bebê e o DSC 11 também destaca o início da amamentação:

DSC 10 – *“Eu tinha dificuldade para dar de mamar, não tinha amamentado a primeira, deu o que fazer pra pegar o peito. As enfermeiras do berçário e da maternidade me ensinaram a amamentar até ele pegar, ajudaram a dar banho, cuidar e trocar”* (**IC 10 – Tive ajuda de todos**. Entrevistas n^{os} 1- 5, 7- 8, 10).

DSC 11 – *“Ele mamou um pouquinho lá na sala, limpou primeiro e depois colocou para mamar, mamou, e aí levou para o berçário. Depois ele veio, amamentei e ele ficou comigo, ficou bem”* (**IC 11 – Ele mamou na sala de parto**. Entrevistas n^{os} 2 - 4, 9).

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, vai-se construindo por meio de interações sucessivas. Com o objetivo de promover essa interação entre mãe e bebê, reduzir as taxas de abandono e aumentar os índices de aleitamento materno é que se tem preconizado a implantação do sistema de Alojamento Conjunto. A amamentação precoce interfere positivamente na manutenção do aleitamento materno exclusivo¹⁹ e, por isso, iniciá-la na primeira hora após o parto é uma prática útil que deve ser estimulada¹.

Os objetivos do Alojamento Conjunto são estimular o cuidado materno com o bebê precocemente e o aleitamento materno exclusivo, e assim reduzir a ocorrência de intervenções médicas desnecessárias. Também, considera-se que ele seja um ambiente propício para que ocorra a interação entre profissionais e puérperas, principalmente no que tange à possibilidade da equipe de enfermagem desenvolver atividades educativas, voltadas à orientação de cuidados com o recém-nascido e o aleitamento materno.

Estudos apontam que muitas mulheres demonstram grande preocupação com a sua segurança e a do bebê², porém, o DSC 12 evidencia a separação entre mãe e bebê, sem adequado esclarecimento materno.

DSC 12 – *“Logo que ela nasceu a moça só falou pra mim que ela era muito bonita, daí levou pra lá. Precisaram levar lá em cima (berçário) e esqueceram da minha filha lá. Eu preocupada, cada médica que entrava eu perguntava da minha filha e eu via as outras crianças... Aí a médica (disse): está tudo bem e no outro dia, quase na hora do almoço, ela veio para mamar. O porquê dessa demora eu não sei”* (IC 12 – **Não sei porque a nenê demorou**. Entrevistas n^{os} 6 - 7, 12).

Dentre as práticas hospitalares, algumas rotinas dificultam o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo, com destaque para as altas taxas de cesárea e a separação desnecessária de mãe e filho no pós-parto²⁰. Mesmo sem entrar no mérito quanto à necessidade de observação de alguns bebês no berçário, a separação do recém-nascido após o parto foi vivenciada de maneira negativa pelos sujeitos, transparecendo no DSC 12, sentimentos de ansiedade e preocupação em relação ao seu filho e à falta de informação a respeito do estado de saúde do mesmo.

Os Serviços de Neonatologia que buscam humanizar o cuidado, promovem a interação entre a família e o bebê, permitindo-lhes contato físico, ocular e sonoro e possibilitando a livre amamentação sempre que possível, além de considerar os cuidados ambientais para preservação de seu bem-estar¹⁸. No DSC 13, nota-se a disseminação e incorporação de medidas padronizadas e preconizadas pelo Ministério da Saúde, objetivando a formação de vínculo entre familiares e bebês. Nele, representa-se o cuidado humanizado pela possibilidade de os familiares, especialmente os pais e avós, poderem acompanhar o bebê no berçário:

DSC 13 – *“Eu podia ver (o bebê) a qualquer hora. Quando nasce eles deixam o pai e os avós entrarem para ver, tinha até um guia para a avó. Meu marido entrou sem ser horário de visita, mas se fosse outra pessoa eles não deixariam entrar...”* (IC 13 – **Facilidade de acesso ao berçário**. Entrevistas n^{os} 2, 5, 11).

Medidas como as citadas têm o objetivo de proporcionar o contato constante mãe-bebê, favorecendo a saúde biológica e psicológica da criança, além de promover a aproximação com os demais membros da família, como os avós²¹.

No DSC 14, a relação entre profissionais e puérpera apresenta-se de forma insatisfatória, sendo importante salientar que o relacionamento da mulher e equipe é um dos fatores mais importantes que afetam a memória da mulher em relação à experiência vivida no parto. As mulheres, em geral, valorizam o conforto psicológico, o cuidado individualizado, a privacidade e o respeito¹².

DSC 14 – *“Tinha uma enfermeira, acho que ela pensava que eu tinha experiência, pelo segundo filho e ela não tinha paciência comigo. Ela me tratava assim... ela era um pouquinho bruta comigo, entendeu?” (IC14 – A enfermeira não tinha paciência. Entrevista n° 7).*

Ressalta-se que investigar a satisfação das mulheres em relação à assistência recebida é sempre difícil, visto que muitas vezes elas têm dificuldade de criticar os serviços de saúde e os profissionais, principalmente após vivenciarem situações de risco. Isso pode ser explicado pelo fato de se sentirem aliviadas e agradecidas e com sentimentos positivos após o nascimento de uma criança saudável, o que compensa qualquer experiência negativa durante o parto¹². Para evitar que tais vieses ocorressem, neste estudo optou-se por realizar as entrevistas nos domicílios das puérperas e após a alta hospitalar. Por fim, destaca-se que conhecer as representações dos próprios sujeitos atendidos sobre o cuidado recebido pode contribuir para uma avaliação do serviço relativa aos aspectos de humanização da atenção.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para humanização da assistência ao parto, é importante que se devolva à mulher o papel de protagonista, respeitando a evolução normal do trabalho de parto, fornecendo suporte clínico e emocional adequado, valorizando a percepção das mulheres sobre esse acontecimento, tão importante em suas vidas.

As representações das mulheres sobre o cuidado recebido mostraram-se relacionadas ao respeito, segurança pela presença do acompanhante, capacidade resolutiva e agilidade do serviço, recebimento de orientação sobre procedimentos realizados, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, viabilização de amamentação na sala de parto e facilidade de acesso ao berçário. Emergiram, também, questões como as diferentes formas de atuação dos profissionais frente ao cuidado com o recém-nascido e a falta de paciência destes durante as orientações realizadas. Algumas mulheres representaram o cuidado de forma negativa, relacionando-o a dificuldade no processo de internação e para permanência do acompanhante, ao medo do parto, ao excesso de intervenções sofridas e a separação do bebê após o nascimento.

Esse tipo de estudo, que avalia a representação social das próprias parturientes sobre o cuidado recebido durante o parto e o puerpério, pode contribuir para implantação de serviços menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de proporcionar à mulher e sua família uma vivência do trabalho de parto, parto e puerpério como experiências positivas e enriquecedoras.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasil: Ministério da Saúde, 2003.
 2. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad Saúde Pública. 2006; 22:2647-55.
 3. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. Cad Saúde Pública. 1994;10:356-67.
 4. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9:583-92.
 5. Carvalho G, Rosemburg CP, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. Mundo Saúde. 2000;24:72-88.
 6. Conselho Nacional de Saúde. Ministério Nacional da Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4:15-25.
 7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
 8. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
 9. Parada CMGL. Avaliação do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na DIR XI – Botucatu [Tese livre-docência] – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
-

10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:669-705.
 11. Castro LAF. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver saúde em boas mãos. São Paulo: Associação Palas Athena; 2002.
 12. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 1:52-62.
 13. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2: S389-S398.
 14. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:419-27.
 15. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004c; 4:269-79.
 16. Menezes DCS, Leite IC, Shramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:553-59.
 17. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:627-37.
 18. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:615-26.
 19. Kennel, JH, Klaus MH. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatr Rev*. 1998;19:4-12
-

20. Oliveira MIC, Leal MC. Alojamento conjunto e parto cesáreo no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31:572-80

21. Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatr*. 1999;88:353-5.

Anexo 1 – Instrumento para a Entrevista no Domicílio

Nome: _____

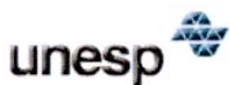
Tipo de Parto: _____

Local do Parto: _____

1) Como você foi cuidada durante a sua internação para o parto?

2) Do que você gostou e do que não gostou durante a sua internação para o parto?

3) Como foi o seu atendimento após o parto?

Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 22 de novembro de 2.004

*OF 565/2004-CEP
MACAH/asc*

*Ilustríssima Senhora
Prof.^a Dr.^a Vera Therezinha Medeiros Borges
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Dr.^a Vera,

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação da assistência pré natal e ao parto no HC-FMB**”, de autoria de **Fernanda Cristina Manzini**, orientada por Vossa Senhoria, com a Co-orientação da **Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada**, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 22/11/2004.*

OBS: Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*