



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

**Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades
públicas de município da região Sul do Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

**Botucatu
2019**

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

Avaliação dos Cuidados ao Parto Normal em Maternidades Públicas de Município da Região Sul do Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Pinto, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca.

Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil / Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40600009

1. Saúde da mulher. 2. Parto normal. 3. Serviços de saúde à maternidade. 4. Humanização do parto. 5. Cuidados médicos - Avaliação.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Humanização; Parto normal; Saúde da mulher; Saúde materno-infantil.

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em Maternidades Públicas de um município da região Sul do Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de doutora

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Comissão Examinadora

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada
UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a Dr^a Silvia Cristina Mangini Bocchi
UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a Dr Hélio Rubens de Carvalho Nunes
UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a Dr^a Cátia Campaner Ferrari Bernardy
UEL - Universidade Estadual de Londrina

Prof^a Dr^a Adriana Valongo Zani
UEL - Universidade Estadual de Londrina

Dedicatória

Ao meu pai, Marino Tomeleri (*in memorian*), meu primeiro amor, meu companheiro.

Por tudo que me ensinou. Agradeço por ter tido o privilégio de ser sua filha.

Homem honesto, simples, carinhoso e de coração puro. Sei que você está
orgulhoso de mim!

TE AMO MUITO E SINTO SAUDADE!

Agradecimentos

Á **Deus**, por estar sempre comigo dando-me sabedoria, paz e tranquilidade em todos os momentos dessa trajetória, por iluminar meus caminhos e minha mente.

Às minhas filhas, **Laura** e **Marina**, minhas meninas, minhas "pedras preciosas", a razão da minha existência, vocês me deram força no momento muito difícil e de uma perda muito grande. Por vocês, tento ser uma mãe e pessoa melhor todos os dias. Mamãe ama vocês muito, muito, muito!

Ao meu esposo, **Luciano**, meu companheiro, que compartilhou todos esses momentos, sempre me incentivando.

À minha mãe "**Dete**", que me ajuda quando eu sempre preciso, que sempre está disponível, que ama ficar com minhas meninas. Quero ser a mãe presente e companheira que você é. Obrigada por me ajudar a cuidar das meninas.

À minha orientadora **Profª Drª Cristina Maria Garcia de Lima Parada**, por aceitar ser minha orientadora e acreditar em mim, sem mesmo me conhecer. Obrigada pela orientação segura e competente.

Aos **professores** do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"/UNESP, Campus Botucatu pela competência e disponibilidade.

Às Prof^{as} da Área da Saúde da Mulher e Gênero da Universidade Estadual de Londrina/UEL: ***Alexandrina, Maria Elisa, Thelma, Cátia, Daniela, Natália, Fabiane, Milena*** pelo incentivo e apoio durante o doutorado.

À ***Profª Drª Adriana Valongo Zani***, pela parceria de mais de uma década. Muito obrigada pela ajuda, apoio e confiança. Desejo que nossa parceria dure muitas décadas ainda.

À ***Profª Drª Mariana Rossaneis*** que me ajudou em um momento de muita angústia. Sua contribuição na análise dos dados foi muito importante.

À ***Profª Drª Karen Parron Fernandes***, minha amiga, por sua imensa contribuição na análise dos dados de minha tese. Já te disse que não tem dinheiro no mundo que pague o que você fez por mim. Obrigada.

À todos os ***docentes e funcionários*** do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UEL pelo suporte e disponibilidade durante a realização deste estudo.

Aos ***colegas*** do mestrado e doutorado da turma de 2016, pelos bons momentos de convivência e solidariedade.

Ao **"trio parada dura"**, meninas vocês tornaram meu caminhar menos solitário, ouvindo minhas lamentações e sempre me ajudando quando precisei. Muito obrigada. Como eram boas as nossas conversas, sinto falta delas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu concluísse esse trabalho, muito obrigada.

*“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a
forma de nascer”
Mich el Odent*

PINTO, K. R. T. F. **Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil**. 2019. 142f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP. Botucatu, 2019.

RESUMO

A assistência ao parto ainda é permeada por muitas intervenções sem evidências científicas e de maneira rotineira, tornando o cuidado desumanizado e sem qualidade. Diante desse contexto, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar a atenção ao parto normal em maternidades de referência para o atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde, com foco na humanização do cuidado. Trata-se de estudo misto: descritivo e analítico, com amostra quantitativa composta por 344 puérperas e qualitativa, com 25 puérperas que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina-Pr. Constituíram fonte de dados: a observação em visita às maternidades; a análise dos prontuários; as Declarações de Nascidos Vivos; as Declarações de Óbitos maternos e as entrevistas com as puérperas. Os dados quantitativos foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences®*, versão 22.0 e para análise dos fatores associados utilizou-se a regressão multivariada de Poisson, considerando p crítico $<5\%$. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências. Para organização dos resultados qualitativos utilizou-se o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo os dados discutidos à luz das boas práticas de atenção ao parto. Os resultados dessa pesquisa são apresentados na forma de três manuscritos científicos. O primeiro teve por objetivo analisar a associação entre cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto e a qualidade da assistência. A prevalência da qualidade do cuidado percebida pela puérpera durante o trabalho de parto e parto foi de 84,6%. As variáveis, ter tido parto anterior ($p=0,039$), ter recebido ocitocina ($p=0,004$) e realização de pré-natal ($p=0,019$) estiveram estatisticamente associadas à qualidade da assistência, enquanto que o nascimento em local diferente daquele em que ocorreu o trabalho de parto ($p=0,002$) mostrou-se associado à qualidade inadequada da assistência. O objetivo do segundo manuscrito foi identificar a prevalência e os fatores associados às intervenções obstétricas em parturientes atendidas em maternidades públicas. A prevalência de intervenção obstétrica foi de 55,5% entre as mulheres participantes do estudo. As intervenções mais frequentes foram o uso de ocitocina (50,0%) e a rotura artificial das membranas (29,7%). As variáveis patologia associada ($p=0,005$) e mecônio intraparto ($p=0,022$) apresentaram associação significativa com a intervenção obstétrica. O objetivo do terceiro manuscrito foi apreender as experiências e expectativas das puérperas frente aos cuidados recebidos no parto. Após análise emergiram quatro ideias centrais que foram agrupadas em dois temas: 1) Humanização e satisfação com o momento do parto (IC 1 - Estrutura inadequada, mas atendimento satisfatório; IC 2 - O cuidado humanizado e o apoio da equipe); 2) Descontentamento e sofrimento gerados pela assistência durante o parto (IC 3 - Frustração frente à intervenção realizada; IC 4 - Desrespeito e falta de empatia dos profissionais da saúde). Ao avaliar a atenção ao parto normal nas referidas maternidades, pode-se concluir que a assistência desenvolvida apresenta inadequações, pois permanece um elevado número de intervenções e situações de violência obstétrica. As mulheres que foram

orientadas durante o processo de parto/nascimento perceberam uma melhor qualidade da assistência, bem como as que foram apoiadas pela equipe de saúde, não tendo relevância os problemas de estrutura física identificados. Ressalta-se que a assistência pode ser melhorada com atitudes simples, de curto prazo e que não requerem investimentos, mas sim sensibilização dos profissionais e o cumprimento do que é preconizado pelas políticas públicas de atenção ao parto, que é o cuidado humanizado baseado em evidências científicas, o respeito à individualidade e aos direitos das mulheres.

Descritores: Saúde Materno-Infantil, Saúde da Mulher, Avaliação em Saúde, Humanização, Parto Normal.

PINTO, K.R.T.F. **Evaluation of normal childbirth care in public maternity hospitals in a city in southern Brazil. 2019.** 142f. Thesis [Doctorate in Collective Health]. Botucatu Medical School, Paulista State University "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP. Botucatu, 2019.

ABSTRACT

The birth care is still permeated by many interventions without scientific evidence and routinely, making care dehumanized and without quality. With this context, the general objective of this research was to analyze the attention to normal birth in reference maternity hospitals for care delivery by the *SUS*, focusing on humanization of care. This is a mixed study: descriptive and analytical, with a quantitative sample consisting of 344 puerperal and qualitative with 25 puerperal women who had normal birth in two public maternity hospitals in Londrina-Pr. The following were a source of data: observation visiting maternity hospitals; analysis of medical records; the declarations of live births; the declarations of maternal deaths and the interviews with the mothers. Data collection took place in five stages, from January to September 2017. Data were obtained through visiting maternity hospitals; analysis of medical records, declarations of live births and declarations of maternal deaths and by interviews with the mothers. The quantitative data were processed in the Statistical Package for the Social Sciences®, version 22.0 and for the analysis of associated factors, Poisson multivariate regression was used, considering p critical $<5\%$. The measure of effect used was the prevalence ratio. To organize the qualitative results we used the methodological framework of the Collective Subject Discourse, and the data discussed in the light of good childbirth care practices. The results of this research are presented in the form of three scientific manuscripts. The first aimed to analyze the association between care received during labor and delivery and quality of care. The prevalence of quality of care perceived by the postpartum woman during labor and delivery was 84.6%. The variables, having had a previous delivery ($p = 0,039$), receiving oxytocin ($p = 0,004$) and prenatal care ($p = 0.019$) were statistically associated with the quality of care, whereas birth at a different location from that in which labor occurred ($p = 0,002$) was associated with non-quality of care. The objective of the second manuscript was to identify the prevalence and factors associated with obstetric interventions in parturient attended at public maternity hospitals. The prevalence of obstetric intervention was 55.5% among women participating in the study. The most frequent interventions were the use of oxytocin (50.0%) and artificial rupture of membranes (29.7%). The variables associated pathology ($p = 0,005$) and intrapartum meconium ($p = 0,022$) were significantly associated with obstetric intervention. The purpose of the third manuscript was to apprehend the experiences and expectations of the mothers in relation to the care received in childbirth. After analysis four central ideas emerged that were grouped into two themes: 1) Humanization and satisfaction with the moment of delivery (CI 1 - Inadequate structure but satisfactory care; CI 2 - Humanized care and team support); 2) Discontent and suffering generated by care during childbirth (CI 3 - Frustration regarding the intervention performed; CI 4 - Disrespect and lack of empathy of the health professionals). In assessing the attention to normal delivery in these maternity hospitals, it can be concluded that presents inadequacies, because there remains a high number of interventions and situations of obstetric violence. Women who were oriented during the birth / birth process felt satisfied, as well as those supported by the health team, and the identified physical structure problems were not relevant.

However, that care assistance can be improved with simple, short-term attitudes that require no investment, but rather awareness of professionals and compliance with what is advocated by public policies of childbirth care, which is evidence-based humanized care, respect for individuality and women's rights.

Descriptors: Maternal and Child Health, Women's Health, Health Assessment, Humanization, Normal Birth.

LISTA DE ABREVIATURAS

AC - Ancoragem
AMS - Autarquia Municipal de Saúde
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de Óbito
ECH – Expressões Cave
ESF - Estratégia Saúde da Família
IC - Índice de Confiança
IC - Ideia Central
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família
ODM - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PR - Paraná
PHPN - Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
PIB - Produto Interno Bruto
RP - Razão de Prevalência
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUS - Sistema de Saúde de Londrina
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UEL - Universidade Estadual de Londrina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos indicadores segundo estrutura física, recursos materiais e equipamentos e recursos humanos de maternidades referência ao SUS.....51

Manuscrito 1

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas, relativas ao pré-natal, parto e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017.....58

Tabela 2 – Análise bruta dos fatores associados à qualidade da assistência das mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017.....60

Tabela 3 – Análise ajustada dos fatores associados à qualidade da assistência das mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017.....62

Manuscrito 2

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, obstétrica, relativa ao pré-natal, internação e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017.....78

Tabela 2 - Análise bivariada entre intervenção obstétrica e variáveis sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, de internação e do recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017.....80

Tabela 3 - Análise multivariada das variáveis sociodemográficas, obstétricas, relativas ao pré-natal, internação e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017.....82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis do estudo referentes as características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, de internação, do parto e do recém-nascido.....	38
Quadro 2 - Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao trabalho de parto e parto segundo a assistência oferecida e o escore.....	39
Quadro 3 - Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo a classificação obtida.....	40
Quadro 4 - Desfecho e as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, condição obstétrica pregressa, pré-natal, internação e do recém-nascido.....	41
Quadro 5 - Estrutura física disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017.....	47
Quadro 6 - Recursos materiais e instrumentais disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017.....	48
Quadro 7 - Recursos humanos, normas e procedimentos, materiais de consumo e educação em saúde disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017.....	49

Manuscrito 2

Quadro 1 – Variáveis independentes do estudo.....	77
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Referencial Teórico Metodológico	26
2. OBJETIVOS	29
2.1. Objetivo Geral	29
2.2. Objetivos Específicos	29
3. MATERIAL E MÉTODO	30
3.1. Desenho do Estudo	30
3.2. Local do Estudo	31
3.3. População e amostra do Estudo	34
3.4. Fonte de Dados	35
3.5. Etapas da Pesquisa	36
3.5.1 Primeira Etapa	37
3.5.2 Segunda Etapa	37
3.5.3 Terceira Etapa	41
3.5.4 Quarta Etapa	42
3.5.5 Quinta Etapa	42
3.6. Análise dos Dados	43
3.7. Procedimentos Éticos	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 Descrição da estrutura das maternidades	47
4.2 Manuscrito 1	53
4.3 Manuscrito 2	74
4.4 Manuscrito 3	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	118

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Puérpera	119
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Puérpera Menor	121
Apêndice 3 – Instrumento para visita/observação das maternidades (<i>check list</i>)	123
Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Gestor	127
Apêndice 5 – Número de Nascidos Vivos, Partos cesáreos e óbitos entre 2012 – 2016	129
Apêndice 6 – Etapas de desenvolvimento da pesquisa	130
Apêndice 7 – Instrumento de coleta de dados para entrevista com as puérperas	133
Apêndice 8 – Instrumento de coleta de dados dos prontuários	136
Apêndice 9 – Instrumento de coleta de dados para a entrevista domiciliar com as puérperas	138
ANEXOS	139
Anexo 1 – Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética – CEP	140

1. INTRODUÇÃO

O processo de nascimento é um evento natural, caracterizado como um momento íntimo e privado, além de ser uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. Durante muito tempo, parteiras, curandeiros ou comadres eram os responsáveis pelo parto, por serem pessoas reconhecidas na comunidade ou de confiança das mulheres (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

No cenário mundial, o parto passou a ser um evento controlado na metade do século XX, sendo transferido do domicílio para o cenário hospitalar. Essa mudança, do parto doméstico assistido por parteiras, para o parto hospitalar conduzido por médicos, conferiu à assistência obstétrica novos significados. De evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e o nascimento foram transformados em ato médico (masculino), e o risco de patologias e complicações passou a ser considerada regra e não exceção (MAIA, 2010).

A partir dessa transformação, as maternidades foram construídas para o ensino e a prática da medicina, sendo considerado lugar seguro para mulheres parirem (MAIA, 2010), constituindo o parto como ato hospitalar, promovido por intensa medicalização e rotinas cirúrgicas, afastando a parteira, a família e reduzindo o protagonismo da mulher (MATOS *et al.*, 2013).

Com isso, a comunidade internacional passou a realizar importantes esforços a fim de instituir ações para promoção da saúde da mulher. A qualidade do cuidado às mulheres durante o parto passou a se constituir como um dos principais focos de debates na década de 1980, culminando com a realização da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto. Realizada em 1985, em Fortaleza-Ceará, o documento final do Evento recomendou a revisão das práticas adotadas durante o parto, com a eliminação das intervenções desnecessárias e a adoção de estratégias que viabilizassem a autonomia e a participação das mulheres no processo parturitivo (OMS, 1996).

Diante desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 1996, o documento chamado: “Maternidade Segura – Assistência

ao Parto Normal: um guia prático”. O documento, na forma de manual, contém recomendações baseadas em evidências científicas, sobre as práticas relacionadas ao parto normal. Classifica as rotinas do parto em quatro categorias: práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude de sua utilidade e respeito à parturiente; aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; outras sem evidências suficientes para apoiar a recomendação e que deveriam ser usadas com precaução e, por último, procedimentos usados regularmente, porém de maneira inadequada. Apesar do foco primário deste documento ser de gestantes de baixo risco, a OMS ressalta que para algumas gestantes de alto risco o trabalho de parto e parto não apresenta intercorrências, assim, muitas dessas recomendações também são aplicadas à assistência dessas mulheres (OMS, 1996).

Este documento teve por objetivo nortear e melhorar o atendimento ao parto normal, garantindo o direito às mulheres por meio de medidas que contribuíssem para a redução da mortalidade materna e perinatal e para a diminuição das intervenções, questionando procedimentos sem levar em consideração a evidência científica, apenas pela questão de hábito ou rotina (MOTA; CREPALDI, 2005).

No ano 2000, foi estabelecida pelos líderes de 195 países membros das Nações Unidas, inclusive o Brasil, a Declaração do Milênio (OMS, 2000), documento que firmou acordos para diminuir as diferenças entre países e regiões do mundo (XAVIER *et al.*, 2013; SAY *et al.*, 2014). Foram instituídos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que compreendem 22 metas e 48 indicadores que deveriam ser alcançados até o ano de 2015. Destes, um está diretamente relacionado à saúde da mulher – o 5º Objetivo Melhorar a Saúde Materna – com duas metas a serem atingidas: a redução da mortalidade materna em 75% do nível observado em 1990 e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva (XAVIER *et al.*, 2013; IPEA, 2014). Atualmente, a razão de morte materna global situa-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2015; WHO, 2015).

Acompanhando o cenário mundial, o Brasil também realizou importantes esforços para melhorar a assistência à saúde da mulher. Ao longo das últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil tem proposto uma

série de diretrizes, normas e protocolos, a fim de assegurar a melhoria da assistência obstétrica vigente e o uso de práticas menos intervencionistas (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

No fim da década de 1970, os movimentos de mulheres e de outros setores da sociedade, começaram a criticar o modelo de assistência hospitalar ao parto, a partir do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde da mulher. Questionou-se entre outros aspectos, a institucionalização do parto centrado no ato médico e no uso rotineiro de práticas intervencionistas desnecessárias (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Em 1984, o MS lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, enfocando ações de assistência nas diversas fases da vida. Esse Programa na década de 90 sofreu influências pelas proposições do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo por objetivo instituir ações de saúde voltadas aos direitos e a redução da morbimortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde buscando a redução das taxas persistentes de mortalidade materna e perinatal e melhora da atenção ao ciclo gravídico-puerperal instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002). Este Programa visa à melhoria do acesso e a ampliação no acompanhamento da gestação, parto, puerpério e dos cuidados neonatais, com base em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas ao atendimento das gestantes (BARBIERI *et al.*, 2012).

Reconhecendo que mudanças ainda eram necessárias no âmbito assistencial, em 2001, o MS publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, que compreendia procedimentos, comportamentos, reflexões e diretrizes seguindo uma proposta de assistência humanizada. Este manual disseminou conceitos e práticas da assistência ao parto, incorporando a competência técnica ao processo inevitável de humanização de atenção à mulher (BRASIL, 2003). Assim, o Ministério da Saúde, após revisão das evidências científicas disponíveis, realizou algumas

modificações no documento original, publicado pela OMS (1996), mantendo a classificação das práticas em quatro categorias, a saber:

- Categoria A: Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1. Planejamento individual, determinando onde e por quem o parto será realizado;
2. Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto;
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto;
4. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto;
5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto;
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro;
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto;
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
12. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis;
14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta;
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma;

18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto;
19. Condições estéreis ao cortar o cordão. Prevenção da hipotermia do bebê;
21. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K;
22. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina;
23. Contato cutâneo direto, precoce, entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto;
24. Alojamento conjunto;
25. Supressão da lactação em mães portadoras de HIV;
26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;
27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada de cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

- Categoria B: Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

1. Uso rotineiro de enema;
2. Uso rotineiro de tricotomia;
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por raio X;
8. Administração de ocitócitos antes do parto de modo que não se permita controlar seus efeitos;
9. Uso rotineiro da posição de litotomia;
10. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar a hemorragia;

13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
14. Lavagem uterina rotineira após o parto;
15. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto;
16. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
17. Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador;
18. Manobra de Kristeller ou similar, com pressão inadequadamente aplicada ao fundo uterino no período expulsivo;
19. Prática liberal de cesariana;
20. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais;
21. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

- Categoria C: Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão:

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: ervas, imersão em água e estimulação de nervos;
2. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo;
3. Manobras relacionadas à proteção do períneo e do polo cefálico no momento do parto;
4. Manipulação ativa do feto no momento do parto;
5. Clampeamento precoce de cordão umbilical;
6. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

- Categoria D: Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado:

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural;
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;

6. Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
7. Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina;
8. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto;
9. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
10. Cateterização da bexiga;
11. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo;
12. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
13. Parto operatório;
14. Exploração manual do útero após o parto.

Assim, com base nessas práticas, a assistência à mulher em trabalho de parto deve ser embasada por meio de apoio emocional sem prejudicar o processo fisiológico do parto (SAAD, 2008).

Diante desse contexto, com vistas à humanização da assistência ao parto, a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de nascimento foi estabelecida em 2005 pelo Governo Federal, a partir da Lei nº 11.108/05 (BRASIL, 2005).

Ao intensificar esforços para atingir a meta de melhorar a saúde das gestantes relativa ao 5º ODM, em 2011 foram estendidas as ações do PHPN, com a implantação da Rede Cegonha pelo MS (BRASIL, 2011b), estratégia para diminuir os indicadores de mortalidade materna, as práticas prejudiciais, com evidências insuficientes e inadequadas, e reverter o panorama de ações inadequadas que envolviam a assistência ao ciclo gravídico puerperal e a saúde reprodutiva (GIOVANNI, 2013; MORAIS, 2013). Destaca-se que no Brasil a razão de mortalidade materna em 2016 foi de 58,29 mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2016).

A Rede Cegonha preconiza o atendimento humanizado, baseado em evidências científicas e a utilização das boas práticas de atendimento ao parto e nascimento (BRASIL, 2011b), conforme recomendado pela OMS desde 1996,

no guia prático sobre Maternidade Segura (OMS, 1996). Sob esse olhar, as práticas preconizadas pretendem garantir a qualidade do atendimento, com diminuição de intervenções desnecessárias e consequente redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal do país (BRASIL, 2011c).

No Paraná, estado onde se insere a presente pesquisa, foi implantada na área materno-infantil a Rede Mãe Paranaense, no ano de 2012 (PARANÁ, 2012). A Rede surgiu, principalmente, para reverter a situação dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que se mantinham estacionados, e para o fortalecimento e organização da atenção primária à saúde no Paraná.

A Rede Mãe Paranaense tem como missão, assegurar o acesso e atenção materno infantil, promovendo assistência segura e de qualidade na gravidez, parto, puerpério e acompanhamento das crianças até um ano de vida (HUÇULAK; PETERLINI, 2014). A Rede complementou a estratificação de risco de gestantes e de crianças, criando o risco intermediário; pactuou a vinculação e a garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de risco (intermediário e alto) e a garantia de vinculação hospitalar para o parto, conforme a estratificação de risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Mais recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que visa priorizar o parto normal e humanizado a partir de diretrizes que orientam profissionais de saúde para o atendimento qualificado de mães e bebês. Essas diretrizes estão relacionadas ao parto natural, de menor risco à saúde e são decorrentes das mais recentes evidências científicas, entendendo o parto não só como um conjunto de procedimentos e técnicas, mas como um momento fundamental para a relação mãe-filho, valorizando o protagonismo da mulher e buscando contribuir com a redução das intervenções desnecessárias (BRASIL, 2017a).

Também em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Apice On, projeto voltado a aprimorar e inovar o ensino e o cuidado em obstetrícia e neonatologia, com o objetivo de melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado ao parto, nascimento e abortamento, baseado em evidências científicas e nos princípios da humanização, segurança e garantia de direitos (BRASIL, 2017b).

Seguindo nessa mesma direção, com o objetivo de diminuir as taxas de intervenções desnecessárias, incluída a realização de cesarianas, a OMS em 2018 divulgou material intitulado: Cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto. Este apresenta novas diretrizes, estabelecendo padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis, com o objetivo de reduzir intervenções médicas desnecessárias. Recomenda que as equipes que atendem a mulher não interfiram no trabalho de parto de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações. Inclui 56 recomendações úteis ao trabalho de parto e puerpério imediato, tais como: o direito ao acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, o respeito pelas opções da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas para o trabalho de parto e o respeito ao seu desejo por um parto natural, inclusive na fase de expulsão (WHO, 2018).

No entanto, estas iniciativas têm se mostrado insuficientes, pois acredita-se que a persistência de indicadores maternos e perinatais desfavoráveis, ainda estejam diretamente relacionadas ao uso inadequado de tecnologias ou à realização de intervenções desnecessárias, fato claramente exemplificado pela expressiva taxa de cesárea encontrada atualmente no Estado (LEAL *et al.*, 2014), visto que a razão de mortalidade materna em 2016 no Paraná foi de 47,07 mortes por 100 mil nascidos vivos (PARANÁ, 2016).

Diante desse contexto, temos como pergunta do estudo: Como está a qualidade da assistência ao parto normal pelo Sistema Único de Saúde no município de Londrina-PR?

A hipótese deste estudo é que há intervenções desnecessárias, desenvolvidas sem o consentimento materno, no município de Londrina-PR. A tese a ser defendida diz respeito à associação entre a qualidade dos cuidados ao parto e nascimento e a ausência de intervenções desnecessárias.

Destaca-se que as avaliações realizadas nas maternidades em todo o país, demonstram que é possível qualificar e também humanizar o cuidado, encontrando soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Assim, considerando a ausência de estudos sobre a atenção ao parto normal no município de Londrina-PR, justifica-se a realização deste estudo, pois irá produzir evidências locais de como está a atenção ao

parto normal, subsidiando o direcionamento da política no contexto do SUS.

1.1 Referencial Teórico-metodológico

Para analisar a qualidade do cuidado, foi utilizado o modelo apresentado por Donabedian a partir da década de 1960 (DONABEDIAN *et al.*, 1982). Avedis Donabedian foi um dos principais estudiosos sobre a qualidade em saúde e tem seus conceitos utilizados até hoje no Brasil (VUORI, 1991).

O conceito referente à qualidade na saúde relaciona os benefícios obtidos e a diminuição de risco e custo para a obtenção de elevado padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN *et al.*, 1982; DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWLANSKI, 1992; NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Também se entende por qualidade o processo dinâmico e permanente que aponta falhas, levando ao desenvolvimento contínuo, englobando o envolvimento de todos os profissionais no processo (NOVAES; PAGANINI, 1994; AZEVEDO, 1993; PALADINI 1995). A qualidade requer atenção não só nas técnicas realizadas pelos serviços, mas sim a todas as circunstâncias que implicam a percepção do cliente e, conseqüentemente, ao grau de satisfação que apresenta (ROCHA *et al.*, 2013).

Estes conceitos associam-se diretamente aos objetivos dos serviços de saúde, entre eles: melhorar, recuperar e promover a saúde e satisfazer as expectativas da população atendida, considerando os custos envolvidos no processo (WHO, 2000; FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Ressalta-se que um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação. Para Donabedian, avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados (DONABEDIAN, 1978). Salienta-se que, a avaliação constitui importante instrumento de transformação dos serviços de saúde e não deve ser vista como ameaça, mas sim como estímulo para a promoção de mudanças, buscando a qualidade dos serviços.

No modelo conhecido como a tríade de Donabedian, a avaliação da qualidade é realizada a partir da utilização de indicadores/categorias representativos de três aspectos principais: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980; DONABEDIAN, 1993).

A categoria estrutura diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. É de fácil obtenção, pois os dados podem ser encontrados em registros existentes, por entrevista ou inspeção local (DONABEDIAN, 1988). Avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais, a organização dos serviços e a adequação com as normas vigentes (REIS *et al.*, 1990). A lógica de que uma boa estrutura proporciona bom atendimento aos clientes, o que leva a bons resultados, nem sempre é verdadeira, pois os recursos muitas vezes são aplicados para manter ou ampliar a estrutura sem que tenha qualquer impacto na qualidade do processo e nos resultados (PARADA, 2008).

A categoria processo tem como referencial o indivíduo e a população, englobando atividades ou procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar recursos em resultados (REIS *et al.*, 1990).

É possível identificar se os procedimentos realizados foram aplicados de maneira correta ou de forma desnecessária, podendo ser passíveis de limitação ou abandono (DONABEDIAN, 1988). Descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA *et al.*, 2006; REIS *et al.*, 1990). A avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros médicos, e utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática médica rotineira para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (REIS *et al.* 1990).

A categoria resultado ou impacto refere-se às intervenções na saúde representadas pelas respostas ou mudanças verificadas nos indivíduos,

considerando dois aspectos: a satisfação dos usuários e os níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade (DONABEDIAN, 1988). Esta categoria é utilizada para a avaliação indireta da qualidade e ele é relevante por interferir em outros componentes e exercer mudanças objetivas no sistema como um todo (PAGANINI, 1993).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção ao parto normal em maternidades de referência para o atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na humanização do cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a atenção ao parto normal em Londrina-PR, de acordo com a estrutura, considerando os recursos físicos, materiais, normas e procedimentos existentes e atividades de educação em saúde desenvolvidas;

Analisar a associação entre cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto e qualidade da assistência;

Identificar a prevalência e os fatores associados a intervenções obstétricas em parturientes atendidas em maternidades públicas;

Apreender as experiências e expectativas das puérperas frente aos cuidados recebidos no parto.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se estudo misto, inserido no campo da Avaliação de Serviços de Saúde, desenvolvido no município de Londrina-PR, localizado na região Sul do Brasil.

A abordagem quantitativa tem como objetivo mostrar dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser aplicada para entender os grupos de dados ou de aglomerados demográficos, sendo possível identificá-los, classificá-los, tornando-os concreto por meio de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

A abordagem qualitativa é compreendida por meio do nível subjetivo e relacional da realidade social, incluindo a história, o universo, os significados, os motivos, as crenças, os valores e as atitudes dos sujeitos sociais envolvidos (MINAYO, 2013).

Os modelos quantitativos e qualitativos para avaliação são recomendados por contribuir com resultados mais primorosos, pois proporcionam a compreensão da realidade a partir de visão mais aprofundada (CRUZ, 2009).

Essas duas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto de avaliação que, de forma complementar, oferecem diferenciados elementos para os julgamentos, fornecendo maior entendimento de como estão funcionando os serviços (MINAYO, 2004).

A utilização de métodos qualitativos e quantitativos aumenta o poder interpretativo do estudo, utilizando múltiplas e diferentes fontes de informação, métodos, informantes ou teorias e validação constante dos dados obtidos de uma fonte com o de outras fontes de dados (ROBSON, 1998).

Embora devam ser articuladas, combinadas e usadas de forma complementares, cada uma das abordagens, assim, como as várias técnicas devem ser projetadas para propósitos específicos. Umas são mais úteis para dimensionar, outras para avaliar interações e outras, ainda, para compreender crenças, valores e representações. O uso privilegiado de uma abordagem ou

técnica, tendo a outra como complementar, depende do que se quer com a investigação avaliativa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2016).

Cabe salientar, que a avaliação é um campo de aplicação de conhecimentos que utiliza múltiplos conceitos e enfoques metodológicos que favorecem a visão mais abrangente do objeto estudado (TANAKA; MELO, 2008).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Londrina, no estado do Paraná. Esse município está localizado na região norte do estado, a 369 km da capital, Curitiba. A população municipal estimada para 2018 é de 563.943 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa do Paraná (IBGE, 2018).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Londrina atingiu a marca de R\$ 18,4 bilhões em 2016, ocupando o 46º lugar no ranking dos 5.564 municípios brasileiros (GALIOTTO, 2018). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,778, o que o coloca na 10ª posição entre os 399 municípios do Estado e acima do IDH nacional (0,699). Londrina é uma das cinco cidades mais importantes da região Sul, juntamente com Porto Alegre, Curitiba, Florianópolis e Joinville. Destaca-se como centro em desenvolvimento de negócios, tecnologia, pesquisa e saúde, sendo importante referência educacional no âmbito nacional e internacional. A cidade é importante pólo de desenvolvimento regional, exercendo influência direta sobre mais de 800 mil pessoas residentes em sua região metropolitana. Sofre, no entanto, os impactos dessa condição: velocidade do processo de urbanização, crescimento da aglomeração urbana própria e no seu entorno, ameaças ao meio ambiente com a ocupação de fundos de vale, pressão sobre seu sistema viário, deterioração do centro histórico, e limitações orçamentárias para fazer frente a essas questões (LONDRINA, 2014).

Na área da saúde, sua conformação obedece à divisão administrativa do estado, correspondendo à 17ª Regional da Saúde de Londrina, que abrange 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Guaraci, Florestópolis, Ibiporã,

Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana (LONDRINA, 2014).

A saúde no município tem apresentado resultados bastante positivos no que se refere à redução da mortalidade infantil, consequente à implantação de políticas públicas. No ano de 2016, ocorreram 36 óbitos evitáveis de crianças menores de um ano de vida em Londrina. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para óbitos evitáveis foi de 4,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos neste ano, abaixo dos coeficientes registrados pelo Brasil (8,5 por 1.000 nascidos vivos) e do estado do Paraná (6,4 por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2016).

A atenção primária no município de Londrina está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é entendida como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de certo número de famílias residentes em determinada área geográfica. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (LONDRINA, 2014).

Ao mesmo tempo em que serve de porta de entrada para o sistema de saúde, a atenção primária deve também resolver as necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens. No intuito de oferecer assistência integral a Autarquia Municipal de Saúde (AMS) de Londrina é dividida em seis regiões que dispõem de 52 UBS: 40 na zona urbana e 12 na rural. Além das equipes de saúde da família, as UBS da zona urbana contam com 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantadas em 2008, constituídos por profissionais de diferentes áreas de saúde (nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física e psicologia), que atuam junto às ESF em seus respectivos territórios (LONDRINA, 2014).

O Município conta com três hospitais estaduais, sendo dois de média e um de alta complexidade e três hospitais filantrópicos de alta complexidade, além de outros hospitais especializados. Os atendimentos de

média e alta complexidade são ofertados à população da respectiva área de abrangência regional e/ou macrorregional, conforme pactuação estabelecida pelas Comissões Gestoras do SUS (LONDRINA, 2014).

Mais especificamente, o estudo foi desenvolvido em duas maternidades que atendem ao SUS, identificadas por maternidades A e B.

A maternidade A atende somente gestantes do município de Londrina. É referência para a gestação de risco habitual e intermediário.

A Rede Mãe Paranaense traz a linha guia que estabelece a estratificação de risco da gestante a seguir:

- Risco Habitual: gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo;

- Risco intermediário: gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (relacionadas à raça - negras e indígenas; idade - abaixo de 20 e maior de 40 anos), sociodemográficas (escolaridade – analfabetas ou com menos de três anos de estudo), e de história reprodutiva anterior (mãe com natimorto anterior, múltiparas com mais de três filhos);

- Alto risco: gestantes que apresentam os fatores de risco a seguir: condição clínica pré-existente (hipertensão arterial; dependência de drogas lícitas e ilícitas; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias- principalmente diabetes e tireoidopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas- considerar a situação epidemiológica local; doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; psicose e depressão grave; intercorrências clínicas (doenças infecciosas vividas durante a gestação atual – infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose; doença hipertensiva específica da gestação e na gestação atual; doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação - cardiopatias e endocrinopatias; retardo do crescimento intrauterino; trabalho de parto prematuro; placenta prévia; amniorrexe prematura – abaixo de 37 semanas; sangramento de origem uterina; isoimunização RH – Rh negativo; má-formação fetal confirmada; macrosomia do concepto com patologias (PARANÁ, 2018).

Neste serviço foram realizados 3038 partos em 2017 e, destes, 61,3% partos vaginais. Conta com mais de 60.000 nascimentos e aproximadamente 150.000 atendimentos, desde sua inauguração em 23 de dezembro de 1992, sendo responsável em média por 80% dos partos de Londrina realizados pelo SUS. Possui o título “Hospital Amigo da Criança” e recebeu o prêmio “Galba de Araújo”, oferecido a hospitais que investem no parto normal e no atendimento humanizado às gestantes e bebês.

A maternidade B faz parte de um Hospital Universitário e atende 21 municípios da 17ª Regional de Saúde, sendo referência no estado para a realização de partos de alta complexidade. Em 2017 foram realizados 1228 partos, dos quais 424 foram vaginais e 604 foram cesáreas. Também possui o título de “Hospital Amigo da Criança”.

Essas duas maternidades foram escolhidas, pois são responsáveis por 78,3% dos partos vaginais e por 47,6% do total de partos ocorridos no município de Londrina-PR, no ano de 2017 (BRASIL, 2017c).

Uma maternidade que também é referência ao parto SUS não foi incluída no estudo, por falta de autorização à realização da pesquisa, entretanto isso não interferiu, pois a demanda de partos normais SUS é baixa.

3.3 População e Amostra do Estudo

A população foi composta por mulheres que tiveram parto vaginal intra-hospitalar em duas maternidades que atendem ao parto SUS no município de Londrina-PR.

Define-se população ou universo como o conjunto de elementos portadores de certas características comuns (MARCONI; LAKATOS, 2013), nesse estudo, puérperas que tiveram parto vaginal.

Para cálculo da amostra, considerou-se: N o tamanho (número de elementos) da população; “n” tamanho (número de elementos) da amostra; “n₀” uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; e “E₀” erro amostral tolerável (BARBETTA, 2012), tem-se a seguinte expressão:

$$n_0 = 1 / E_0^2 \text{ (5\% = 400)}$$

Conhecendo o tamanho da população, o cálculo de aproximação do tamanho da amostra foi corrigido por:

$$\begin{aligned}n &= N \cdot n_0 / N + n_0 \\n &= 2470 \cdot 400 / 2470 + 400 \\n &= 988000 / 2870 \\n &= 344\end{aligned}$$

De acordo com os cálculos apresentados anteriormente, considerando margem de erro da pesquisa de 5%, nível de confiança de 95% e população de 2470 partos normais ocorridos em 2015, obteve-se amostra de tamanho 344, sendo este o número de puérperas selecionadas para participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: mulheres que tiveram o parto normal dentro das referidas maternidades, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Os critérios de exclusão foram: condição clínica desfavorável (alguma complicação grave da gestação/parto) que impossibilitasse a participação da entrevista e ausência de responsável para assinar o TCLE (Apêndice 2) quando a puérpera tinha menos de 18 anos.

A seleção da amostra foi sistemática, sendo as puérperas selecionadas de modo consecutivo, até obter a amostra de alocação proporcional ao número de partos realizados em cada maternidade.

3.4 Fontes de Dados

Para a coleta, foram utilizadas várias fontes de dados. Para análise da estrutura das maternidades, foi realizada visita de observação das mesmas, tomando por base instrumento tipo *check list* (Apêndice 3), ocasião em que também foi realizada entrevista com o gestor para complementar o preenchimento desse instrumento. Nessa ocasião foi solicitado a assinatura do TCLE (Apêndice 4).

O processo da assistência ao parto foi avaliado a partir da análise dos 344 prontuários amostrados. Porém, considerando a indisponibilidade de dados referentes à humanização da assistência nos prontuários, visto depender do registro dos profissionais, também foi realizada entrevista com as participantes, além de buscar informações adicionais no cartão da gestante.

Para a obtenção de informações relativas ao resultado, buscaram-se as taxas de mortalidade materna e de cesarianas, a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e de Óbito (DO), e os censos dos partos das referidas maternidades, dados buscados junto à Vigilância Epidemiológica do município e nas próprias maternidades, subsidiando o preenchimento de instrumento específico (Apêndice 5).

Com relação à avaliação da própria puérpera sobre o cuidado recebido, os dados foram obtidos por meio de entrevista domiciliar em até dois meses após o parto.

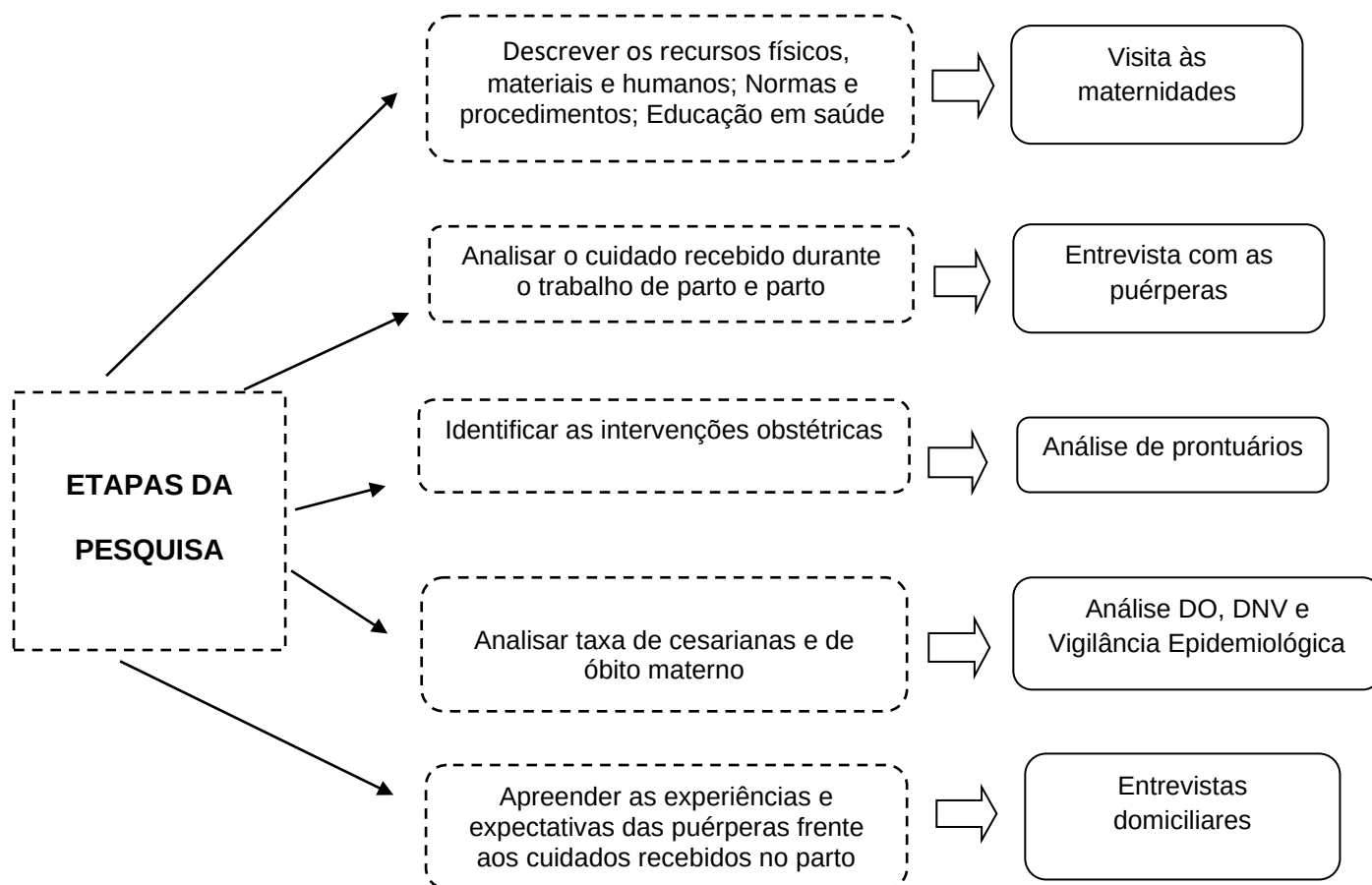
3.5 Etapas da Pesquisa

Este estudo teve a aprovação dos gestores das duas maternidades. Previamente ao início da coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com os diretores para discutir o desenvolvimento da pesquisa, bem como para planejar a obtenção dos dados.

A coleta de dados ocorreu em cinco etapas (Figura 1).

O Apêndice 6 apresenta síntese relativa às etapas da pesquisa, incluindo o componente de avaliação, a etapa da pesquisa, o objetivo específico envolvido, as variáveis, os indicadores analisados, a fonte de dados e a forma de avaliação.

Figura 1 – Etapas da pesquisa.



3.5.1 Primeira etapa

A primeira etapa consistiu na visita de observação das duas maternidades e na entrevista com o gestor responsável, que foi realizada em janeiro de 2017, com o objetivo de descrever os recursos físicos, materiais e humanos, normas e procedimentos e a educação em saúde.

3.5.2 Segunda etapa

A segunda etapa compreendeu analisar o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto e ocorreu a partir das entrevistas com as mulheres. Algumas informações foram obtidas dos prontuários e do cartão de pré-natal. A coleta de dados dessa fase ocorreu entre janeiro a junho de 2017.

As entrevistas foram realizadas por quatro alunos do Curso de Graduação em Enfermagem de universidade pública, que receberam treinamento para discussão e apresentação dos objetivos da pesquisa e sobre os instrumentos de coleta de dados.

As visitas hospitalares foram realizadas em dias alternados, em diversos horários. Buscava-se na passagem de plantão da enfermagem as mulheres com via de parto vaginal, as quais eram identificadas, selecionadas e convidadas a participar da pesquisa. Aquelas que concordavam, eram submetidas à entrevista e seu prontuário era analisado (terceira etapa). Antes do início da entrevista, o TCLE era apresentado, explicitando que se tratava de pesquisa externa à unidade e que todas as informações colhidas seriam mantidas em sigilo, sem acesso a qualquer funcionário ou profissional dos serviços.

O questionário foi composto por 28 perguntas, estava dividido em quatro partes referentes à: 1 - caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas, 2 - à assistência ao trabalho de parto, 3 - assistência ao parto, 4 - à classificação do escore de satisfação das puérperas. As perguntas referentes à assistência ao trabalho de parto e ao parto tomaram por base as boas práticas de atenção ao parto (Apêndice 7).

A partir do questionário as variáveis foram categorizadas e descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis do estudo referentes às características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, de internação, do parto e do recém-nascido.

Variáveis	Categorias
Sociodemográficas	
Faixa Etária (anos)	10-19, 20-34, ≥ 35
Escolaridade (anos)	< 8, ≥ 8
Situação conjugal	com companheiro, sem companheiro
Atividade remunerada	sim, não
Condição obstétrica pregressa	
Paridade	primigesta, multigesta
Aborto anterior	sim, não

Material e Método

Cesárea anterior	sim, não
Pré-natal	
Realização	sim, não
Número de consultas	≤5, ≥6
Internação	
Dilatação cervical (centímetros)	<5, ≥5
Dinâmica uterina	sim, não
Líquido amniótico	normal, alterado
Estado das membranas	íntegra, rota
Doença materna associada	sim, não
Parto	
Local do parto	quarto, sala de parto ou outro local
Posição do parto	litotômica, não litotômica
Amniotomia	espontânea, artificial
Uso de ocitocina	sim, não
Realização de episiotomia	sim, não
Condição do períneo após o parto	íntegro, lacerado
Recém-nascido	
Idade gestacional ao nascer (semanas)	<37, ≥37
Apgar no 1º minuto	≥8, ≤ 7
Apgar no 5º minuto	≥8, ≤ 7
Mecônio intraparto	sim, não

Foi considerada variável desfecho para essa etapa a qualidade da assistência recebida no trabalho de parto e parto.

Para atender ao segundo objetivo e chegar ao desfecho qualidade da assistência, foi utilizada em uma escala de escores (Quadro 2), proposta por Nagahama (2007).

Quadro 2 – Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao trabalho de parto e parto, segundo a assistência oferecida e respectivo escore (NAGAHAMA, 2007).

ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO	ESCORE
Fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem no trabalho de parto	Sim = 2 Não = 0

Material e Método

Foi permitido a presença do acompanhante no trabalho de parto	Sim: 2 Não = 0
Foi fornecido métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, uso da bola, apoio de uma profissional	Sim: Uso de quatro métodos = 4 Uso de três métodos = 3 Uso de dois métodos = 2 Uso de um dos métodos = 1 Não = 0
Foi oferecido líquidos por via oral durante o trabalho de parto	Sim = 2 Não = 0
ASSISTÊNCIA NO PARTO	ESCORE
Fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem no parto	Sim = 2 Não = 0
Foi permitido a presença de um acompanhante no momento do parto	Sim = 2 Não = 0
Foi realizado contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto	Sim = 2 Não = 0

Após as entrevistas foram pontuados os instrumentos e para cada item foi dado uma nota, “2” se a resposta foi sim, “0” se foi não, somente para o item uso de Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, o escore foi determinado pela soma de cada elemento, o que pode totalizar o máximo de 4 pontos. Este item será valorizado em virtude de representar o envolvimento da equipe profissional na evolução fisiológica do parto e no favorecimento do parto normal. Assim, o valor total foi obtido pela somatória dessas notas (Quadro 3), que equivaleu ao seguinte escore: 0-4 pontos = insatisfatória, 5-8 pontos = regular, 9-12 pontos = boa, 13-16 pontos = excelente (NAGAHAMA, 2007). Não foi considerada a somatória dos itens contidos na avaliação da assistência ao trabalho de parto ou da assistência ao parto, quando essa somatória foi igual a zero.

Quadro 3 – Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo a classificação obtida (NAGAHAMA, 2007).

Escalas somadas de classificação	Avaliação da Qualidade
0 a 4	Insatisfatória
5 a 8	Regular

Material e Método

9 a 12	Boa
13 a 16	Excelente

Por meio desse escore, foi criada uma variável dicotômica, para caracterizar a qualidade da assistência, considerando o escore insatisfatório e regular como qualidade inadequada e o escore bom e excelente como qualidade adequada.

3.5.3 Terceira etapa

A terceira etapa ocorreu concomitante à segunda e compreendeu a identificação das intervenções obstétricas realizadas nas mulheres participantes da pesquisa, a partir da análise dos prontuários. Foram analisados os prontuários das puérperas que aceitaram participar da entrevista, também foram colhidos dados do cartão da gestante.

A variável desfecho utilizada para essa etapa foi intervenção obstétrica realizada durante o trabalho de parto e parto, definida como a utilização de pelo menos uma das práticas a seguir: uso de ocitocina; rotura artificial das membranas; parto instrumental, por fórceps ou vácuo extrator e realização de episiotomia.

As variáveis do instrumento de coleta de dados (Apêndice 8) foram categorizadas e resultaram nas variáveis descritas no quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis relacionadas às características sociodemográficas, condição obstétrica pregressa, pré-natal, internação e do recém-nascido.

Variáveis	Categorias
Sociodemográficas	
Faixa Etária (anos)	10-19, 20-34, ≥ 35
Escolaridade (anos)	< 8, ≥ 8
Situação conjugal	com companheiro, sem companheiro
Atividade remunerada	sim, não
Condição obstétrica pregressa	
Paridade	primigesta, multigesta
Aborto anterior	sim, não
Cesárea anterior	sim, não
Pré-natal	
Realização	sim, não

Material e Método

Número de consultas	≤5, ≥6
Internação	
Dilatação cervical (centímetros)	<5, ≥5
Dinâmica uterina	sim, não
Estado das membranas	íntegras, rotas
Doença materna associada	sim, não
Recém-nascido	
Idade gestacional ao nascer (semanas)	<37, ≥37
Peso (gramas)	≥2500, ≤ 2499
Mecônio intraparto	sim, não

3.5.4 Quarta etapa

A quarta etapa compreendeu a coleta dos dados referentes aos casos de mortes maternas e ao número de cesarianas. Essa etapa foi realizada entre abril a maio de 2017. Para analisar a taxa de Mortalidade Materna foram estudados os casos ocorridos no período de 2012 a 2016 no município e a taxa de cesarianas foi calculada nas duas maternidades, referente ao mesmo período.

3.5.5 Quinta etapa

A quinta etapa compreendeu a coleta de dados qualitativos e foi realizada por entrevista domiciliar, para apreender as experiências e expectativas das puérperas frente aos cuidados recebidos no parto.

Para seleção das participantes, partiu-se de lista nominal das puérperas contatadas nas maternidades, utilizada para viabilizar convite por telefone, intercalando uma puérpera de cada maternidade. Quando a puérpera aceitava participar da entrevista, era agendada a visita domiciliar para a realização da entrevista, sendo estas realizadas entre agosto e setembro de 2017, após pré-testagem do instrumento. Foram compostas pela caracterização e história obstétrica das participantes e pelas questões norteadoras: “Conte sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto. O seu trabalho de parto e parto ocorreram como você planejava? ”, “Fale

sobre o local que você deu à luz” e “Conte-me sobre o acompanhamento que você recebeu do profissional que esteve com você durante o trabalho de parto e parto” (Apêndice 9).

Os depoimentos foram gravados com aparelho de áudio e transcritos, após consentimento das participantes. Para preservar o anonimato das mulheres, elas foram identificadas pela letra inicial (P - participante) seguida por número arábico, conforme a ordem das entrevistas.

A delimitação do número de participantes foi estabelecida quando os dados obtidos permitiram, na visão do pesquisador, responder ao objetivo proposto, não sendo mais necessário prosseguir com a coleta de dados.

Ressalta-se que na pesquisa qualitativa, a entrevista é considerada instrumento básico para a coleta de dados, ao privilegiar a fala dos atores sociais. Favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado. A forma específica de conversação por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permite a melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões a respeito de situações e vivências pessoais (FRASER; GONDIM, 2004).

3.6 Análise dos Dados

Os dados referentes ao primeiro objetivo específico foram apresentados em forma de quadros e tabela e descritos de acordo com as diferenças observadas entre as maternidades.

Os dados quantitativos foram digitados no software Excel 2007 e posteriormente exportados para análise no programa *Statistical Package for the Social Sciences®*, versão 22.0.

A partir do desfecho do segundo objetivo específico, as características da população do estudo foram descritas em frequências absolutas (n) e relativas (%). A análise dos fatores associados à qualidade da assistência foi realizada pela Regressão multivariada de Poisson, estimando-se as Razões de Prevalências (RP) brutas, ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para a construção do modelo foi realizada a análise bivariada entre as variáveis independentes e a dependente. Foram incluídas no

modelo de regressão múltipla, as variáveis que apresentaram associação com o desfecho (qualidade adequada) a um nível de significância de $p < 20\%$. Para compor o modelo final o nível de significância adotado foi $p < 5\%$. Para todas as análises, foi estabelecida uma categoria de referência, considerada a de menor risco para a ocorrência do desfecho.

Quando a distribuição das frequências em alguma das variáveis independentes apresentou somente uma categoria na amostra (próximo a 100%), esta variável não foi incluída no modelo por resultar em erro no cálculo, condição encontrada para as variáveis: posição litotômica e acompanhante no parto.

Quanto ao terceiro objetivo específico, realizou-se descrição das características das participantes. Em seguida, procedeu-se à análise bivariada entre as variáveis independentes (sociodemográficas, obstétricas, do pré-natal, internação e do recém-nascido) e dependente (intervenção obstétrica), por meio da regressão de Poisson com robustez de variância. A medida de associação empregada foi a razão de prevalência (RP) e foram apresentados o valor de p e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ permaneceram na análise multivariada. Para compor o modelo final, o nível de significância adotado foi $p < 5\%$. Para todas as análises, foi estabelecida uma categoria de referência, considerada a de menor risco para a ocorrência do desfecho.

Para a análise do quarto objetivo específico foi utilizado o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), procedimento próprio de pesquisas sociais empíricas com foco qualitativo, ou seja, estudos relacionados ao modo como as pessoas pensam. É uma forma de organizar e tabular os dados qualitativos verbais, para se obter certo pensamento em escala coletiva. Parte do princípio que é preciso somar os discursos coletados por meio de questão aberta formulada a um conjunto de indivíduos, de forma que seja possível às pessoas expressarem seu pensamento e, portanto, elaborarem seu discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Destaca-se que a aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas tem demonstrado sua eficácia para o processamento e a expressão de opiniões coletivas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Para a elaboração dos DSC, os dados são analisados a partir de quatro figuras metodológicas: Expressões-chave (ECH); Ideias-Centrais (IC); Ancoragens (AC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

Definem-se as ECH como partes, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento. Portanto, é a matéria-prima para construção do DSC. A IC revela e descreve, da maneira mais sucinta, precisa e fidedigna possível, o sentido dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. Para a construção do DSC, são extraídos da íntegra de cada depoimento, após análise, os trechos que contenham as ECH. Esses trechos dos depoimentos são limpos de particularidades, expressões e ideias repetidas e agrupados de acordo com a IC. Deste modo, o DSC é um discurso-síntese que reúne as ECH/IC semelhantes e representa a fala social ou o pensamento coletivo, na primeira pessoa do singular. Quanto a AC, trata-se da expressão de uma teoria ou ideologia, incorporada no depoimento como se fosse uma afirmativa qualquer (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014), sendo que se optou por não incluir essa figura no presente estudo.

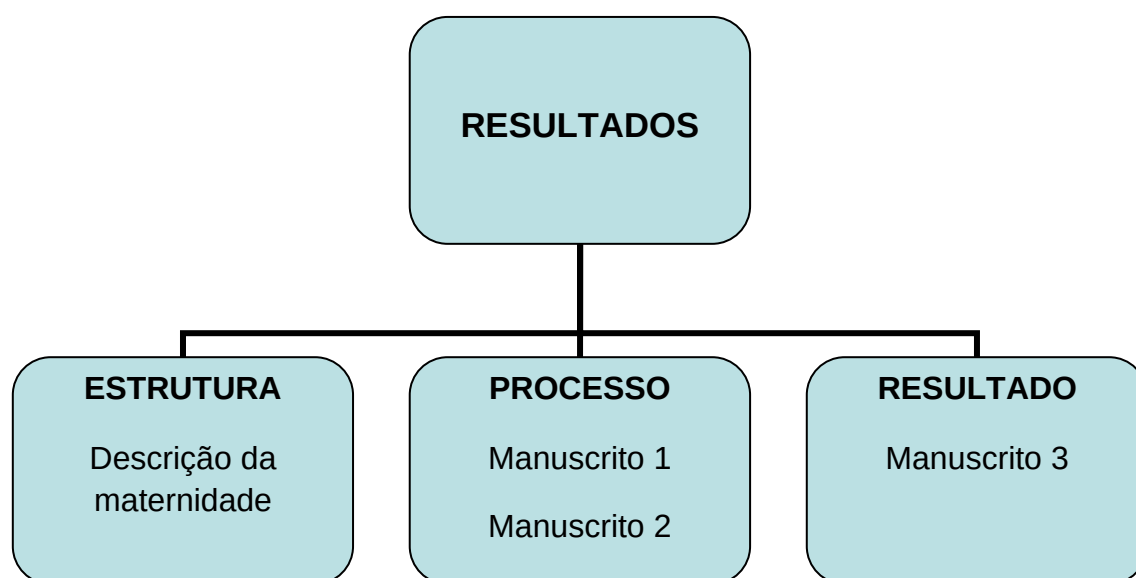
Os resultados são apresentados por meio de um ou mais discursos-sínteses, escritos na primeira pessoa do singular, assim, expressando o pensamento da coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

3.7 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas regulamentares com pesquisa com seres humanos, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi autorizada pelas Diretorias das maternidades e aprovada, em 15 de agosto de 2016, por Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 57408616.0.0000.5231 (Anexo 1).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da tese descritos nesta seção foram estruturados da seguinte forma:



Descrição da estrutura das maternidades

4.1 Descrição da estrutura das maternidades

No quadro 5 constam dados da estrutura física disponíveis em ambas as maternidades.

Quadro 5 - Estrutura física disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017

Recepção
Admissão com fácil acesso
Sala de espera adequada
Sala de exame individual
Pia para lavar as mãos nos consultórios
Banheiro único na recepção
Banheiro contíguo à sala de espera
Pré-parto, Sala de Parto e Centro Cirúrgico
Salas de pré-parto com até três leitos
Espaço para acompanhante no pré-parto
Salas de parto individuais
Uma sala de parto para cada 10 leitos de internação
Áreas de lavabo individuais no centro cirúrgico e centro obstétrico
Um leito de recuperação para cada 10 leitos de internação
Posto de enfermagem no centro obstétrico
Sala de estar para os profissionais do serviço
Vestiário para os profissionais
Alojamento Conjunto ou Enfermaria
Serviços de obstetrícia e neonatologia têm unidade arquitetônica
Alojamento conjunto disponível
Enfermarias de puerpério com até sete leitos
Área de no mínimo 5m ² para leito e berço
Posto de enfermagem é visível
Sala de procedimentos
Sala ou escritório para médicos e enfermeiros
Sala para secretária e arquivo
Unidade em Geral
Pisos e paredes laváveis
Salas disponíveis para atividades docentes ou educação em saúde
Posto de coleta de leite

Descrição da estrutura das maternidades

O quadro 6 apresenta os recursos materiais e instrumentais disponíveis em ambas as maternidades.

Quadro 6 - Recursos materiais e instrumentais disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017

Unidade em Geral
Rede de oxigênio e aspiração central no Centro Obstétrico e enfermarias
Cardiotocógrafo
Serviço de ultrassonografia
Salas de Exame da Admissão
Leitos com grades
Escrivaninha e cadeiras
Mesa ginecológica e banco giratório
Balança para adultos
Estetoscópio, esfignomanômetro e sonar
Foco de luz
Escadinha
Material para exame ginecológico
Fita métrica
Espéculos, pinça Cheron e cuba rim
Recipiente com tampa para material usado
Sala de Pré-parto
Leitos
Mesa de cabeceira
Suporte de soro e foco de luz
Estetoscópio, esfignomanômetro e sonar
Equipamento para amniocentese
Monitor fetal
Sala de Parto
Cama Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP)
Torneiras automáticas nos lavabos
Banco giratório
Escadinha
Suporte para soro e foco de luz
Mesa para instrumental cirúrgico
Estetoscópio, esfignomanômetro e sonar
Caixa de material de sutura, de curagem e fórceps a cada duas salas
Centro Cirúrgico
Mesa de cirurgia e instrumental cirúrgico
Equipamento e materiais de anestesia
Suporte para soro e foco de luz

Descrição da estrutura das maternidades

Fórceps
Roupa esterilizada (aventais e campos cirúrgicos)
Setor de internação
Macas com grades
Colchões e travesseiros laváveis
Sistema de comunicação entre paciente e o posto de enfermagem
Balança para adulto
Móvel para guardar objetos por leito
Materiais de consumo
Dispõe de medicamentos básicos normatizados
Material de enfermagem (algodão, gaze, agulhas, etc.)
Roupa limpa ou descartável regularmente
Roupas e absorventes para as mães
Roupas e fraldas descartáveis para o RN
Luvas esterilizadas
Toalhas descartáveis para as mãos
Material de secretaria
Peças de reposição para manutenção de aparelhos
Materiais para coleta de exames laboratoriais
Máscara, gorro e aventais no centro cirúrgico
Material educativo
Equipamento audiovisual

O quadro 7 demonstra os recursos humanos, normas e procedimentos, materiais de consumo e educação em saúde disponíveis em ambas as maternidades.

Quadro 7 - Recursos humanos, normas e procedimentos e educação em saúde disponível nas duas maternidades, referência para o Sistema Único de Saúde. Londrina, PR, 2017

Recursos Humanos
Chefe da unidade é obstetra
Chefe da unidade tem capacitação em administração de serviços de saúde
Chefe da unidade dedica quatro horas por dia ao serviço
No mínimo três horas/médicas por paciente de alta
Há médicos residentes
Médicos de plantão 24 horas por dia
Enfermeira na chefia da maternidade
Enfermeira chefe tem capacitação em administração de serviços de saúde
Anestesiologista de plantão 24 horas por dia
Faxineiro por cada setor por turno
Assistente social

Descrição da estrutura das maternidades

Funcionário administrativo
Nutricionista
Enfermeira supervisora por turno de 24 horas por dia
Auxiliar de enfermagem para cada duas ou três salas por turno na recepção
Auxiliar de enfermagem para cada sala de parto por turno
Auxiliar de enfermagem para cada seis leitos de internação por turno
Normas e procedimentos
Normas escritas de atendimento, estudos e tratamento
Dados do pré-natal no prontuário de internação
Chefe do serviço faz uma ou mais visitas às enfermarias por semana
História clínica é atualizada diariamente
Necropsia sistematicamente
Anatomopatológico da placenta nos casos de óbito fetal sistematicamente
Parto normal realizado por enfermeira ou médico
Médicos conhecem e usam as normas de atendimento obstétrico adaptadas à realidade local
Normas escritas de enfermagem obstétricas na unidade
Enfermeira chefe visita regularmente todo serviço
Prescrições em prontuários individuais
Impresso próprio para anotação de enfermagem
Enfermeiras conhecem as normas de atendimento obstétrico adaptadas à realidade local
Dietas supervisionadas por nutricionista
Pessoal submetido a exame médico de admissão
Exame médico repetido anualmente e após doença infectocontagiosa
Educação em Saúde
Programa de educação permanente para enfermeiras
Atividades sistemáticas educativas no Alojamento Conjunto
Mães são treinadas nos cuidados com o recém-nascido
Promoção do aleitamento materno
Mães orientadas a resolver problemas comuns da amamentação
Crianças são encaminhadas para puericultura
Mães orientadas sobre planejamento familiar
Não há uso rotineiro de mamadeiras e chucas
Não há uso rotineiro de chupetas

A tabela 1 demonstra a distribuição por maternidade dos recursos físicos, materiais e humanos existentes em apenas uma das maternidades.

Descrição da estrutura das maternidades

Tabela 1 - Distribuição dos indicadores segundo estrutura física, recursos materiais e equipamentos e recursos humanos de uma das maternidades referência ao SUS. Londrina, PR, 2017

Indicador	Maternidade	
	A Sim	B Sim
Pré-parto, Sala de parto e Centro Cirúrgico		
O centro cirúrgico é contíguo à sala de parto	X	
Alojamento Conjunto ou Enfermaria		
Pia para lavar as mãos nas enfermarias	X	
Banheiro completo para cada seis leitos de internação	X	
Iluminação natural adequada	X	
Enfermarias para alto risco com menos de cinco leitos		X
Unidade em Geral		
Setor de isolamento		X
Unidade de Terapia Intensiva na maternidade ou Hospital		X
Sistema para regular a temperatura ambiente		X
Banco de leite		X
Serviço de ultrassonografia com doppler		X
Serviço de radiologia		X
Laboratório para análises clínicas		X
Serviço de hemoderivados		X
Recursos Humanos		
Outros especialistas quando necessário		X
Há normas para interconsultas entre as especialidades		X
Materiais de Consumo		
Falta de material (três meses anteriores à coleta de dados)		X

Aspectos da estrutura física em não conformidade na maternidade A foram relativos à falta de enfermarias de alto risco com menos de cinco leitos, não possuir setor de isolamento, Unidade de Terapia Intensiva e sistema de climatização nos quartos, ausência dos serviços de banco de leite, ultrassonografia com doppler, radiologia, laboratório de análises clínicas e hemoderivados.

Na maternidade B não estavam em conformidade: centro cirúrgico não era contíguo à sala de parto, inadequada iluminação natural, não possuir banheiros na proporção adequada ao número de leitos (um banheiro para até seis leitos) e as enfermarias não possuírem pias para a higienização das mãos.

Com relação aos recursos humanos as não conformidades na maternidade A estavam relacionadas a não dispor de outros especialistas quando necessário, assim não havendo normas para interconsultas dessas

Descrição da estrutura das maternidades

especialidades. Entre os recursos materiais, houve falta de material de consumo (avental descartável) nos três meses que antecederam a coleta de dados.

As não conformidades referentes à estrutura física da maternidade A envolvem aspectos principalmente dos serviços de apoio, sendo necessário a realização do serviço em local externo, inclusive em algumas situações com o deslocamento da paciente, o que pode acarretar maior tempo para a execução do serviço, bem como a exposição da paciente a fatores externos durante o transporte.

Com relação à maternidade B, ela foi alocada em local provisório, próximo ao centro cirúrgico, apresentando não conformidades básicas, como falta de pias para higienização das mãos dentro das enfermarias e ausência do número mínimo de banheiros/leitos. Embora o centro cirúrgico não seja junto à maternidade, ele é próximo e de fácil acesso em caso de emergências. A higienização das mãos é realizada em duas pias que se localizam no corredor, e os dois banheiros existentes são de uso exclusivo das pacientes. Quando existe a necessidade de isolamento, é utilizada uma enfermaria comum, com dois leitos, inutilizando deles.

Deste modo, entende-se que são necessárias adequações na estrutura física, enquanto compromisso com a ambiência.

A falta de outras especialidades na maternidade A pode acarretar demora na realização de diagnóstico e início de tratamento. Com relação aos materiais de consumo ocorrida nessa maternidade pode comprometer o atendimento em casos de cuidados com precaução de contato, podendo levar à prejuízo de outros pacientes e profissionais da saúde.

4.2 Manuscrito 1

Fatores associados à qualidade da assistência recebida no parto

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto¹

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina. Botucatu, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

E mail: tomeleri@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto e qualidade da assistência. **MÉTODO:** Estudo transversal, realizado com 344 puérperas atendidas em duas maternidades públicas do município de Londrina-Pr. Os dados foram coletados por entrevista, no período de janeiro a junho de 2017, utilizando-se instrumento semiestruturado. Para análise de associação utilizou-se a regressão multivariada de Poisson, considerando-se significativo $p < 5\%$. **RESULTADOS:** A prevalência de qualidade adequada da assistência durante o trabalho de parto e parto foi de 84,6%. Ter tido parto anterior ($p=0,039$), ter recebido ocitocina ($p=0,004$) e realizado pré-natal ($p=0,019$) estiveram estatisticamente associados à qualidade adequada, enquanto que o nascimento em local diferente daquele em que ocorreu o trabalho de parto ($p=0,002$) mostrou-se associado à qualidade inadequada. **CONCLUSÃO:** Ter informação sobre o processo do trabalho de parto e parto, seja pela experiência anterior, seja durante o seguimento pré-natal, foi aspecto positivo a ser mantido e até ampliado pelos serviços de saúde para favorecer as mulheres, inclusive, as primíparas. A qualidade inadequada associada com o parto em local diferente do pré-parto é prática modificável que pode ser corrigida pelos serviços de saúde. A qualidade adequada associada com o uso de ocitocina merece ser melhor estudada, mas hipótese explicativa para esse resultado pode ser a redução na duração do trabalho de parto.

Palavras chave: Parto Normal; Qualidade da Assistência em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos importantes na vida da mulher e repercutem efeitos significativos de ordem social, cultural, psicológica e física.¹ Assim, são vivenciados de maneira especial e embasados em valores prevalentes em cada sociedade.²

Na intenção de qualificar o cuidado à mulher, várias mudanças vêm ocorrendo no Brasil, principalmente durante o trabalho de parto e parto, voltadas à humanização da assistência por meio da adoção de boas práticas na atenção ao nascimento. Essas práticas são positivas e efetivas na diminuição dos desfechos negativos, tanto de ordem materna quanto fetal.³ Espera-se que a oferta de cuidado com qualidade resulte na diminuição dos desfechos desfavoráveis e na satisfação da mulher com o processo vivido.

A satisfação da mulher com o parto é importante instrumento para a avaliação da qualidade da assistência.¹ Tal satisfação está relacionada às práticas realizadas, mas também a questões sociais, culturais e econômicas das mulheres.^{4,5} Depende das expectativas da mulher com o parto^{4,6} e, assim, configura-se como conceito de difícil compreensão e com vários determinantes.⁷

Contudo, buscar a satisfação da mulher durante o processo de nascimento é relevante, inclusive porque constitui forma indireta de avaliação da qualidade dos serviços prestados. Quando se pensa em qualidade dos cuidados de parto, deve-se considerar como ponto central as necessidades da mulher, com estímulo a sua autonomia, valorização do parto enquanto evento fisiológico e o cuidado embasado em evidências científicas.⁸

Diante disso, a relevância desse estudo está na necessidade de conhecer a partir da própria mulher a qualidade da assistência recebida, com a finalidade de subsidiar profissionais e gestores na qualificação dos cuidados prestados. Nesse contexto, este estudo teve por objetivo analisar a associação entre cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto e qualidade da assistência.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa transversal, com enfoque na avaliação do cuidado oferecido à mulher no trabalho de parto e parto. Foi desenvolvida em duas maternidades públicas do município de Londrina, Paraná, Brasil, credenciadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis por 93,2% dos partos normais do município no ano de 2016.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi construído especificamente para esse estudo, continha 28 questões agrupadas em quatro itens: caracterização sociodemográfica e obstétrica, assistência recebida no trabalho de parto, assistência ao parto e variáveis relativas à classificação do escore de satisfação das puérperas. Dados sobre a assistência no trabalho de parto e parto foram obtidos do prontuário hospitalar e, os demais, em entrevista com as puérperas. Tal instrumento foi testado previamente, com 20 mulheres que não compuseram a amostra da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por quatro alunos do curso de graduação em Enfermagem previamente capacitados, entre janeiro a junho de 2017. A amostra foi intencional e seu tamanho foi calculado com base nos 2470 partos realizados nas duas maternidades no ano de 2015, com nível de confiança de 95%, resultando em 344 parturientes. As participantes foram selecionadas de forma consecutiva, em visitas às maternidades, tendo como critério de inclusão parto ocorrido por via vaginal e intra-hospitalar e concordância da mulher em participar do estudo. Foram excluídas aquelas que apresentavam complicação grave que impossibilitasse a entrevista e as adolescentes sem acompanhantes que pudessem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ocorreram 12 recusas.

As entrevistas foram realizadas individualmente e em local privativo, no alojamento conjunto das duas maternidades deste estudo, permitindo, assim, que as puérperas relatassem tanto fatores positivos quanto problemas ou circunstâncias desagradáveis relativas ao cuidado recebido. A elas foi informado que a entrevista seria mantida em sigilo e anonimato e que independente do que relatassem, não haveria prejuízos ao seu cuidado ou de seu filho. As visitas hospitalares foram realizadas em dias alternados, em

diferentes horários. As identificações das puérperas após o parto vaginal foram obtidas dos registros de passagem de plantão da equipe de enfermagem.

Para estabelecer o escore de qualidade da assistência, utilizou-se escala proposta por Nagahama e Santiago⁹, composta pelos seguintes itens: recebeu as informações desejadas durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhante de escolha da parturiente tanto no pré-parto quanto no parto, oferta de líquidos via oral e oportunidade de contato precoce pele a pele entre mãe e filho após nascimento, e itens relacionados às boas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde brasileiro.¹⁰

Em todos os itens investigados a resposta favorável era sim, sendo atribuído, neste caso, dois pontos. Em caso de resposta negativa, não se atribuíu pontuação. O escore final de qualidade resultou da somatória dos pontos atribuídos e podia variar entre zero (pior situação) e 16 pontos (melhor situação). Posteriormente, adotou-se a seguinte classificação de cuidados: 0-4 pontos = insatisfatório, 5-8 pontos = regular, 9-12 pontos = bom, 13-16 pontos = excelente.

Por meio desse escore, criou-se a variável desfecho dicotômica: qualidade adequada (escores bom e excelente) e qualidade inadequada (escores insatisfatório e regular).

As variáveis independentes foram: faixa etária em anos (10-19, 20-34, ≥ 35), anos de estudo (< 8 , ≥ 8), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), atividade remunerada (sim, não), paridade (primigesta, multigesta), aborto anterior (sim, não), cesárea anterior (sim, não), parto anterior (sim, não), realização de pré-natal (sim, não), número de consultas de pré-natal (≤ 5 , ≥ 6), dilatação cervical na internação em cm (< 5 , ≥ 5), dinâmica uterina na internação (sim, não), estado das membranas na internação (íntegra, rota), líquido amniótico na internação (normal, alterado), doença pré-natal materna associada (sim, não), local do parto (quarto, sala de parto, outro local), posição no parto (litotômica, não litotômica), realização de episiotomia (sim, não), amniotomia (espontânea, artificial), uso de ocitocina (sim, não), condição do períneo após o parto (íntegro, lacerado), idade gestacional no parto em semanas (< 37 , ≥ 37), índice de Apgar no primeiro minuto de vida ($\geq$

8, ≤ 7), índice de Apgar no quinto minuto de vida (≥ 8 , ≤ 7) e presença de mecônio intraparto (sim, não).

As análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0. As características da população do estudo foram descritas em frequências absolutas e relativas. A análise dos fatores associados à qualidade adequada foi realizada pela Regressão Multivariada de Poisson, estimando-se as Razões de Prevalências (RP) brutas, ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Inicialmente foi realizada análise bivariada entre as variáveis independentes e a dependente. Em seguida, foram incluídas no modelo de regressão múltipla final as variáveis que apresentaram associação com o desfecho (qualidade adequada) a nível de significância de $p < 20\%$. No modelo final, o nível de significância adotado foi $p < 5\%$. Para todas as análises foi estabelecida uma categoria de referência, considerada a de menor risco para a ocorrência do desfecho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº. 57408616.0.0000.5231, respeitando as exigências formais das normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Assim, antes do início da entrevista o TCLE era apresentado, explicitando que se tratava de pesquisa externa à unidade e que todas as informações colhidas seriam mantidas em sigilo, sem que qualquer profissional dos serviços tivesse acesso. Todas as participantes assinaram ao citado Termo.

RESULTADOS

Das 344 puérperas incluídas no estudo, 291 (84,6%) definiram a qualidade adequada da assistência recebida durante o trabalho de parto e parto. A tabela 1 é relativa às características sociodemográficas, obstétricas, relativas ao pré-natal, parto e aos recém-nascidos das participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas, relativas ao pré-natal, parto e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
10-19	68	19,8
20-34	250	72,6
≥35	26	7,6
Anos de estudo		
< 8	59	17,4
≥ 8	285	82,6
Situação conjugal		
Com companheiro	312	90,7
Sem companheiro	32	9,3
Atividade remunerada		
Sim	127	36,9
Não	217	63,1
Paridade		
Primigesta	84	24,4
Multigesta	260	75,6
Aborto anterior		
Sim	42	12,2
Não	302	87,8
Parto anterior		
Sim	186	54,1
Não	158	45,9
Cesárea anterior		
Sim	32	9,3
Não	312	90,7
Realização de Pré-natal		
Sim	338	98,2
Não	6	1,8
Número de consultas de pré-natal		
≤ 5	57	16,7
≥ 6	287	83,3
Idade gestacional no parto (semanas)		
< 37	13	3,8
≥37	331	96,2
Dilatação cervical na internação (cm)*		
<5	203	60,8
≥5	131	39,2
Dinâmica uterina na internação		
Sim	248	67,7

Não	96	32,3
Estado das membranas na internação		
Íntegra	270	73,6
Rota	74	26,4
Líquido amniótico na internação		
Normal	337	98,0
Alterado	7	2,0
Doença pré-natal materna		
Sim	66	19,2
Não	278	80,8
Local do parto		
Quarto	138	40,1
Sala de parto ou outro local**	206	59,9
Posição no parto		
Litotômica	335	97,4
Não litotômica	9	2,6
Realização de episiotomia		
Sim	27	7,8
Não	317	92,2
Amniotomia		
Artificial	47	13,7
Espontânea	297	86,3
Uso de ocitocina		
Sim	172	50,0
Não	172	50,0
Condições do períneo após o parto		
Íntegro	203	59,0
Lacerado	141	41,0
Índice de Apgar no primeiro minuto		
≤7	23	6,7
≥8	321	93,3
Índice de Apgar no quinto minuto		
≤7	5	1,5
≥8	339	98,5
Mecônio intraparto		
Sim	24	7,0
Não	320	93,0

*A amostra variou devido à ausência de informação no prontuário

** Inclui: consultório, centro cirúrgico e pronto socorro obstétrico

A maior parte das mulheres tinha idade entre 20 e 34 anos (72,6%), oito ou mais anos de escolaridade (82,6%) e companheiro (90,7%), mas sem atividade remunerada (63,1%). Os dados obstétricos demonstram que mais da metade era composta por multigestas (75,6%), sem história de cesárea e/ou

aborto anterior (90,7% e 87,8%, respectivamente). Quase a totalidade referiu seguimento pré-natal (98,2%), sendo também muito frequente o parto a termo (96,2%) e sem doença pré-natal materna associada (80,8%). Quanto a internação, a maior parte das mulheres apresentou dilatação cervical ≥ 5 cm (60,8%). Em relação ao trabalho de parto e parto, metade recebeu ocitocina (50,0%) e quase a totalidade deu à luz em posição litotômica (97,4%). A maioria dos recém-nascidos nasceu com índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos de vida: 93,3% e 98,5%, respectivamente (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as análises bivariadas dos fatores associados à qualidade adequada da assistência recebida.

Tabela 2 – Análise bruta dos fatores associados à qualidade adequada da assistência de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017

Variáveis	RP	Análise Bruta (IC95%)	p
Faixa etária (anos)			
20 a 34	1,00	--	
10 a 19	1,01	1,00 - 1,20	0,042
≥ 35	1,02	0,85 - 1,21	0,806
Anos de estudo			
≥ 8	1,00	--	
< 8	0,88	0,76 - 1,03	0,116
Situação conjugal			
Com companheiro	1,00	--	
Sem companheiro	0,64	0,47 - 0,87	0,005
Atividade remunerada			
Sim	1,00	--	
Não	0,96	0,88 - 1,05	0,414
Paridade			
Multigesta	1,00	--	
Primigesta	1,20	1,11 - 1,31	0,000
Aborto anterior			
Não	1,00	--	
Sim	0,95	0,84 - 1,07	0,455
Parto anterior			
Sim	1,00	--	
Não	1,25	1,14 - 1,36	0,000
Cesárea Anterior			
Sim	1,00	--	
Não	0,96	0,83 - 1,10	0,600

Realização de pré-natal			
Sim	1,00	--	
Não	1,18	1,13 - 1,24	0,000
Número de consultas pré-natais			
≥ 6	1,00	--	
≤ 5	0,90	0,78 - 1,04	0,171
Idade gestacional (semanas)			
≥ 37	1,00	--	
< 37	0,81	0,56 - 1,17	0,265
Dilatação cervical na internação (cm)			
≥ 5	1,00	--	
< 5	1,01	0,92 - 1,11	0,758
Dinâmica uterina na internação			
Sim	1,00	--	
Não	1,05	0,96 - 1,16	0,232
Estado das membranas na internação			
Íntegra	1,00	--	
Rota	1,04	0,94 - 1,15	0,387
Líquido amniótico na internação			
Normal	1,00	--	
Alterado	1,00	0,74 - 1,37	0,963
Patologia pré-natal materna			
Não	1,00	--	
Sim	1,02	0,92 - 1,14	0,634
Local do parto			
Quarto	1,00	--	
Sala de parto ou outro local*	0,78	0,65 - 0,93	0,007
Posição no parto			
Não litotômica	1,00	--	
Litotômica	0,96	0,76 - 1,22	0,794
Realização de episiotomia			
Não	1,00	--	
Sim	0,95	0,78 - 1,15	0,621
Amniotomia			
Espontânea	1,00	--	
Artificial	1,03	0,92 - 1,15	0,527
Uso de ocitocina			
Não	1,00	--	
Sim	1,11	1,01 - 1,21	0,025
Condição do períneo após o parto			
Íntegro	1,00	--	
Lacerado	1,00	0,91 - 1,10	0,895

Índice de Apgar no primeiro minuto			
≥ 8	1,00	--	
≤ 7	0,97	0,80 - 1,18	0,805
Índice de Apgar no quinto minuto			
≥ 8	1,00	--	
≤ 7	1,18	1,13 - 1,24	0,000
Mecônio intraparto			
Não	1,00	--	
Sim	0,98	0,81 - 1,18	0,864

* Inclui: consultório, centro cirúrgico e pronto socorro obstétrico

Na análise bivariada, as variáveis idade (RP = 1,01; IC95%=1,00-1,20), anos de estudo (RP = 0,88; IC95% = 0,76-1,03), situação conjugal (RP = 0,64; IC95% = 0,47-0,87), paridade (RP = 1,20; IC95% = 1,11-1,31), parto anterior (RP = 1,25; IC95% = 1,14-1,36), realização de pré-natal (RP = 1,18; IC95% = 1,13-1,24), número de consultas de pré-natal (RP = 0,90; IC95% = 0,78-1,04), local do parto (RP = 0,78; IC95% = 0,65-0,93), uso de ocitocina (RP = 1,11; IC95% = 1,01-1,21) e índice de Apgar no quinto minuto (RP = 1,18; IC95% = 1,13-1,24) mostraram associação com a qualidade adequada a nível de significância de $p < 0,20$ (Tabela 2), sendo incluídas na análise multivariada (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise ajustada dos fatores associados à qualidade adequada da assistência de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas do município de Londrina/PR, 2017

Variáveis	Análise Ajustada		
	RP	(IC95%)	p
Faixa etária (anos)			
20 a 34	1,00	--	
10 a 19	1,18	0,93-1,51	0,172
≥ 35	0,97	0,84-1,13	0,644
Anos de estudo			
≥ 8	1,00	--	
< 8	0,89	0,72 – 1,10	0,294
Situação conjugal			
Com companheiro	1,00	--	
Sem companheiro	0,76	0,55 – 1,05	0,102
Paridade			
Multigesta	1,00	--	
Primigesta	1,13	0,97 – 1,32	0,101

Parto anterior			
Sim	1,00	--	
Não	1,19	1,00 – 1,40	0,039
Realização de pré-natal			
Sim	1,00	--	
Não	1,42	1,05 – 1,90	0,019
Número de consultas pré-natais			
≥ 6	1,00	--	
≤ 5	0,92	0,73 – 1,17	0,483
Local do parto			
Quarto	1,00	--	
Sala parto outro local*	0,76	0,64 – 0,90	0,002
Uso de ocitocina			
Não	1,00	--	
Sim	1,20	1,07 – 1,35	0,004
Índice de Apgar no quinto minuto			
≥ 8	1,00	--	
≤ 7	0,92	0,79 – 1,08	0,358

* Inclui: consultório, centro cirúrgico e pronto socorro obstétrico

Após os ajustes, as variáveis, parto anterior ($p=0,039$), uso de ocitocina ($p=0,004$) e realização de pré-natal ($p=0,019$) apresentaram-se associadas à qualidade adequada, enquanto, que a variável parto realizado em sala de parto ou em outro local ($p=0,002$) mostrou-se associada à qualidade inadequada da assistência recebida (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram a qualidade adequada da assistência recebida na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas estudadas, quando considerados princípios das boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendados pelo Ministério da Saúde brasileiro: recebimento das informações desejadas, uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor e oferta de líquidos no pré-parto, presença de acompanhante no pré-parto e parto e contato pele a pele mãe-filho após o nascimento.¹¹

A literatura científica não descreve com precisão como ocorre o processo de avaliação das mulheres com relação à assistência no trabalho de parto e parto, contudo, aponta haver variados graus de satisfação, gerados por diferentes tipos de atendimento.¹²

Entre as variáveis estudadas, observou-se que as mulheres que apresentavam experiência de parto anterior, realização de pré-natal e que receberam ocitocina no parto atual demonstraram a qualidade adequada da assistência recebida.

A experiência de parto anterior, por conhecerem o processo de trabalho de parto e parto, podem ter mais condições de diálogo com os profissionais e de fazer escolhas com relação ao cuidado, bem como justificá-las.¹³ Nesse sentido, estudo que investigou a prevalência e os fatores associados à insatisfação com o cuidado intraparto de mulheres da Jordânia, encontrou que a satisfação com o parto foi significativamente maior quando relacionada à experiência de parto anterior.¹ Experiência anterior foi relevante também em pesquisa realizada na Índia, em que a satisfação de mulheres no pós-parto em serviços públicos foi assegurada por ela ter conhecimento sobre o processo do parto.¹⁴

De fato, a experiência adquirida nos partos anteriores associado à busca de informação são fatores que podem motivar a experiência do próximo parto.¹⁵ Explicação para essa associação pode estar no fato que a mulher com informação tem mais autonomia e pode se tornar a protagonista de seu parto: estudos evidenciam a associação entre altos níveis positivos de avaliação do cuidado com o protagonismo da mulher durante o processo.^{16,17}

Pode corroborar, também, esse resultado, o fato de algumas mulheres terem a vivência prévia do parto anterior à implantação das boas práticas de assistência ao parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde¹⁸ e Ministério da Saúde¹¹, onde imperava modelo tecnicista, em que a parturiente se encontrava sozinha e isolada, não tendo o apoio de ninguém da família. Atualmente esse direito tem sido mais respeitado e, assim, a presença de acompanhante de escolha da mulher é permitida e estimulada. São encontrados na literatura vários estudos que associam a satisfação da mulher com a presença de acompanhante durante o nascimento, achado inclusive de

revisão sistemática realizada em 2013, com o objetivo de avaliar os efeitos do apoio contínuo no trabalho de parto e encontrou que a mulher que tem tal apoio experiência o parto de forma mais positiva, principalmente se o apoio for do parceiro.¹⁹ Alguns autores referem que o apoio por meio de conforto e segurança influenciam a avaliação de qualidade na perspectiva da mãe, sendo prática benéfica.^{20,21}

Em relação à associação realização de seguimento pré-natal e a qualidade adequada dos cuidados no parto, reforça o entendimento que ter acesso à informação é condição importante. Mulheres com seguimento pré-natal tendem a conhecer mais o processo fisiológico da gestação, incluindo o trabalho de parto e parto, o que pode resultar em certo empoderamento, em maior capacidade de se tornar protagonista de seu parto e questionar práticas inadequadas ou contra indicadas,²² condições essenciais para a prevenção da violência obstétrica.^{6,23}

A mulher que recebe informação durante o pré-natal é mais preparada para vivenciar o trabalho de parto e parto, o que gera segurança e satisfação,^{24,25} torna sua expectativa mais realista, ajudando-a a manter o controle no processo de nascimento.²⁶ Ao contrário, a desinformação está associada a preocupações desnecessárias e decepções com o parto.²⁷

O uso da ocitocina constitui intervenção obstétrica, porém, neste estudo, esteve associado à qualidade adequada. Hipótese explicativa pode estar na diminuição da duração do trabalho de parto decorrente do seu uso. Estudo qualitativo realizado com puérperas em maternidade pública da Bahia, Brasil, encontrou a satisfação das puérperas com o uso de ocitocina, devido ao menor tempo do trabalho de parto.²⁸

No Brasil, o processo do parto ainda é culturalmente compreendido como centrado no médico, profissional que detém o conhecimento técnico e, dessa forma, assume o controle da situação¹⁵. A importância do parto enquanto evento cultural é destacada em estudo de coorte realizado na Suécia e na Austrália, com 509 mulheres, que demonstrou que o nível de intervenção que a mulher escolhe ou recebe passivamente está relacionado às crenças e atitudes que a mesma possui sobre o nascimento.²⁹

O uso da ocitocina é prática que deve ser utilizada com cautela, baseada em evidências científicas, porém, é utilizada frequentemente de modo inadequado. Seu uso tem por objetivo induzir ou acelerar o trabalho de parto, levando a contrações uterinas mais frequentes e, conseqüentemente, aumentando a sensação dolorosa, podendo evoluir o trabalho de parto.³⁰ Com a diminuição do tempo do trabalho de parto, as mulheres apresentam sentimento de alívio e gratidão, principalmente quando o filho nasce em boas condições, sobrepondo esse fato a qualquer sentimento negativo vivido durante o trabalho de parto e parto.³¹ Estudo qualitativo, que investigou as expectativas de primíparas sobre o parto e suas percepções sobre a preparação para esse evento, apontou que mesmo com as sensações dolorosas das contrações, as mulheres sentem-se satisfeitas com a experiência do parto e a dor é “esquecida” após o nascimento.³²

As mulheres desse estudo que tiveram a realização do parto vaginal em sala de parto ou outro local, incluindo consultório, centro cirúrgico e pronto socorro obstétrico, demonstraram qualidade inadequada referente a esse item.

Transferir a parturiente durante o segundo estágio do trabalho de parto para outra sala de forma rotineira é prática considerada inadequada e, como tal, não deve ser realizada.¹⁰ O uso de protocolos/rotinas institucionais para nortear o processo de trabalho de parto e parto tem sido indicado como dificultador para participação ativa da mulher, também podendo gerar insatisfação.³³ e, inclusive, repercutir em parto posterior, com a escolha de nascimento por operação cesariana.³⁴⁻³⁶

Considerando os nascimentos fora do local onde evoluiu o pré-parto e da sala de parto, a percepção da qualidade inadequada pela mulher pode estar relacionada ao imprevisto (pronto socorro e consultório) ou impossibilidade de contar com acompanhante (centro cirúrgico).

Nesse sentido, estudo de revisão comparativa apontou que a mulher permanecer sozinha durante o trabalho de parto a faz sentir-se abandonada e assustada, levando, muitas vezes, à insatisfação com o parto.¹² Em contrapartida, estudo de revisão sistemática encontrou que as mulheres que tiveram apoio contínuo do acompanhante foram as que mais evoluíram para parto espontâneo, sem necessidade de intervenção, necessitaram de menos

analgesia, tiveram diminuição no tempo de trabalho de parto, resultando em maior satisfação com o atendimento ao parto.¹⁹

Ressalta-se que vários estudos comprovam os benefícios da presença do acompanhante durante todo o processo de nascimento, principalmente quando o acompanhante é o companheiro da mulher. Entre os benefícios dessa presença, destacam-se a formação de vínculo, ampliação de laços familiares e valorização do papel de cada membro da nova estrutura familiar.^{24,37-39}

Constitui fragilidade deste estudo o fato da entrevista ter sido realizada no próprio serviço onde o parto ocorreu, mas considera-se que os cuidados tomados na coleta de dados minimizaram o medo de prejuízos na assistência frente a eventuais críticas relativas à assistência recebida.

CONCLUSÕES

De modo geral, as mulheres relataram a qualidade adequada do cuidado recebido. Ter informação sobre o processo do trabalho de parto e parto, seja pela experiência anterior, seja durante seguimento pré-natal, foi aspecto positivo a ser mantido e até ampliado pelos serviços, de forma a favorecer, inclusive, as primíparas. O uso de ocitocina também esteve associado à qualidade adequada dos cuidados no parto. Essa questão merece ser abordada em estudos futuros, inclusive com desenho qualitativo, de forma a compreender a representação das mulheres sobre essa prática.

Sobre a qualidade inadequada esteve associado a transferência do quarto para sala de parto, consultório, centro cirúrgico ou pronto socorro obstétrico no momento do parto é prática modificável que pode ser corrigida pelos serviços de saúde, inclusive com a utilização de camas pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e a efetiva atuação de enfermeiras obstétricas.

Embora os resultados deste estudo tenham tido por base as boas práticas de atenção ao parto, seus resultados não podem ser generalizados para outras populações e em outros contextos, pois são questões influenciadas por aspectos regionais e culturais. De toda forma, tais resultados podem

subsidiar profissionais e gestores na qualificação do cuidado prestado à mulher no parto e nascimento.

REFERENCIAS

1. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2014 [cited 2019 jan 12]; 61:278-84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12102>.
<https://doi.org/10.1111/inr.12102>
2. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2016 [acesso em: 15 jan 2019]; 18:e1166. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714>.
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.
3. Velasque EAG, Cabral FB, Pradebon VM. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Rev Enferm UFSM*. [Internet]. 2011 [acesso 15 fev 2019]; 1(1):80-7. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/1991>.
<http://dx.doi.org/10.5902/217976921991>
4. Baldisserotto ML, Theme Filha MM, Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reprod Health*. [Internet]. 2016 [cited 2019 fev 12]; 13(supl 3):124. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-016-0233-x#citeas>.
<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>. DOI 10.1186/s12978-016-0233-x
5. Wilde-Larsson B, Sandin-Bojö AK, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2011 [cited 2019 fev 23]; 20:1168–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x>
6. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 26 fev 2019]; 30(Suppl 1): S154-S168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
7. Bertucci V, Boffo H, Mannarini S, Serena UM, Saccardi C, Cosmi E et al. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery* [Internet]. 2012 [cited 2019 fev 12]; 28(2): 265-74. Available from:

<https://www.midwiferyjournal.com/action/showCitFormats?pii=S0266-6138%2811%2900026-X&doi=10.1016%2Fj.midw.2011.02.009>

8. Osório SMB, Silva Júnior LG, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. Rev Rene [Internet]. 2014 [acesso 15 dez 2019]; 15(1):174-84. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11708/1/2014_art_smbosorio.pdf DOI: 10.15253/2175-6783.2014000100022

9. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. Acta paul. Enferm [Internet]. 2008 [acesso 03 jan 2019]; 21(4): 609-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400012&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400012>.

10. Oms. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

12. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2013 [cited 2019 dez 15]; 13:108. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-108> <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-108>

13. Treacy L, Sagbakken M. Exploration of perceptions and decision-making processes related to childbirth in rural Sierra Leone. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2015 [cited 2019 dez 15]; 15:87. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0500-9>

14. Jha P, Larsson M, Christenssonb K, Svanberga AS. Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. Glob Health Action [Internet]. 2017 [cited 2019 dez 15]; 10(1):1386932. Available from: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1386932>

15. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. Saude soc. [Internet]. 2011 [acesso 26 fev 2019]; 20(3): 579-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>
16. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control and birth satisfaction among primiparous women. Midwifery [Internet]. 2012 [cited 2019 fev 26]; 28:39-44. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613810001749>
17. Tingstig C, Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. BIRTH [Internet]. 2012 [cited 2019 fev 25]; 39:106-14. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00533.x>
18. Who. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=618BD745DAD7D8BE3F8034E7CEE51?sequence=1>
19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2013 [cited 2019 fev 10]; 7:CD003766. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
20. Melese T, Gebrehiwot Y, Bisetegn D, Habte D. Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 [cited 2019 fev 10]; 17:76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085898/> doi: 10.11604 / pamj.2014.17.76.3189
21. Karkee R, Lee AH, Pokharel PK. Women's perception of quality of maternity services: a longitudinal survey in Nepal. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2014 [cited 2019 fev 10]; 14:45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902186> doi: 10.1186/1471-2393-14-45.
22. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 26]; 30(Suppl1):S17-S32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
23. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue

in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. J Hum Growth Dev. [Internet]. 2015 [cited 2019 fev 10]; 25(3):377-84. Available from: doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>

24. Bélanger-Lévesquem M, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier J. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. BMJ [Internet] 2014 [cited 2019 fev 24]; 4(4013):1-7. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/2/e004013.full.pdf>

25. Cortés MS, Barranco DA, Jordana MC, Roche MEM. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2019 fev 25]; 23(3):520–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005072583&lng=en&nrm=iso&tlng=en

26. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, Akbayir O. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 22]; 295:1127-33. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-017-4345-5>
<https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>

27. Santos CL, Bortoli CFCA, Prates LA, Guimarães KB, Massafera GI, Bisognin P. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2016 [acesso 22 jan 2019];6(2): 186-97. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19283/pdf>

28. Santos LM, Pereira SSC, Carvalho ESS, Paiva MS, Santos VEP, Santana RCB. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. R. pesq.: cuid. fundam. Online. [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mai 2019]; 4(3):2655-66. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1830/pdf_602

29. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2012 [cited 2019 jan 22]; 12:55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449179/>
DOI: [10.1186 / 1471-2393-12-55](https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55)

30. Oliveira NRG, Assis TR, Amaral WN, Falone VE, Salviano LMO. Assistance to Normal Delivery in Two Public Maternities: Perception of the Health Professionals. Rev Bras Ginec Obst [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 20]; 39:202-8. Available from: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0037-1603315> DOI: [10.1055 / s-0037-1603315](https://doi.org/10.1055/s-0037-1603315)

31. Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de

saúde. Psicol. Reflex. Crit [Internet]. 2010 [acesso 12 jan 2019]; 23(1):1-10. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

32. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol. [Internet]. 2016 [acesso 2019 Fev 26]; 24(2): 681-693. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015 <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.

33. Reis CC, Souza KRF, Alves DS, Tenório IM, Neto WB. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. Cienc enferm [Internet]. 2017 [acesso 22 fev 2019]; (2): 45-56. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n2/0717-9553-cienf-23-02-00045.pdf>

34. Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. Arch Womens Ment Health. [Internet]. 2013 [cited 2019 fev 12]; 16:1-10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-012-0301-3> DOI:[10.1007/s00737-012-0301-3](https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3)

35. Turkstra E, Creedy D, Fenwick J, Buist A, Scuffham P, Gamble J. Health services utilization of women following a traumatic birth. Arch Womens Ment Health. [Internet]. 2015 [cited 2019 fev 12]; 18:829-32. Available from:<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-014-0495-7> DOI: [10.1007/s00737-014-0495-7](https://doi.org/10.1007/s00737-014-0495-7)

36. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women Birth. [Internet]. 2012 [cited 2019 jan 03]; 25:114-21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519211000412?via%3Dihub> DOI: [10.1016/j.wombi.2011.06.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001)

37. Daye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 [cited 2019 fev 25]; 14:54. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-54>

38. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal. Midwifery [Internet]. 2012 [cited 2019 fev 24]; 28(1):45-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129829>

39. Poh HL, Koh SSL, Seow HCL, He HG. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2019 fev 23]; 30(6):779-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238935>

4.3 Manuscrito 2

Fatores associados a intervenções obstétricas em maternidades públicas

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto¹

Cristina Maria Garcia de Lima Parada²

^{1,2}Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina, Campus Botucatu. Av. Robert Koch, n.60. Vila Operária. Londrina-PR. CEP 86038-350. E mail: tomeleri@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: identificar a prevalência e os fatores associados a intervenções obstétricas em parturientes atendidas em maternidades públicas. **Método:** estudo transversal, realizado com 344 puérperas, atendidas em duas maternidades públicas de referência para atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde no município de Londrina, Paraná, Brasil, entre janeiro e junho de 2017. Constituíram fonte de dados os prontuários hospitalares das participantes do estudo. As seguintes intervenções obstétricas foram consideradas: uso de ocitocina, rotura artificial das membranas, parto instrumental (por fórceps ou vácuo extrator) e realização de episiotomia. Para análise dos fatores associados utilizou-se a regressão multivariada de Poisson, sendo significativo $p < 5\%$. **Resultados:** a prevalência de intervenção obstétrica foi de 55,5% entre as participantes do estudo, o número máximo de intervenções em uma mesma parturiente foi três. As intervenções mais frequentes foram o uso de ocitocina (50,0%) e a rotura artificial das membranas (29,7%). As variáveis doença materna associada ($p = 0,005$) e mecônio intraparto ($p = 0,022$) aumentaram, de maneira independente, o risco de intervenção obstétrica, enquanto que a dilatação igual ou superior a 5 cm na internação constituiu fator de proteção a esse desfecho ($p = 0,030$). **Conclusões:** a prevalência de intervenções obstétricas foi elevada. Na vigência de doença materna e de mecônio intraparto, especial atenção deve ser dedicada à parturiente, para que sejam evitadas intervenções desnecessárias. As maternidades participantes do estudo precisam rever seus protocolos assistenciais, de forma a aproximarem-se das boas práticas de atenção ao parto.

Palavras chave: Parto normal, Trabalho de parto, Medicalização, Saúde Materno-Infantil.

Key words: Natural Childbirth, Labor Obstetric, Medicalization, Maternal and Child Health.

Introdução

A assistência ao parto e nascimento tem sido marcada, em todo o mundo, pela adoção de práticas intervencionistas, com o emprego de medicações, aparatos tecnológicos e outros procedimentos para acelerar ou controlar o processo de parturição. Considerando que o parto é evento fisiológico, esse modelo de atenção é caracterizado como tecnocrático e medicalizado.¹

No contexto das boas práticas relacionadas ao nascimento, espera-se que qualquer intervenção ao processo natural e espontâneo do trabalho de parto e parto deva ter justificativa plausível para tal,² pois apesar do uso de tecnologia em saúde contribuir para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, seu uso excessivo e/ou desnecessário leva a riscos à saúde das mulheres e seus recém-nascidos.³

Ainda nesse contexto, recomendações para a assistência ao parto têm sido embasadas na assistência humanizada, com o objetivo de promover partos e nascimentos saudáveis, com a garantia de protagonismo da mulher e respeitando sua privacidade e autonomia.⁴ Contudo, essas recomendações têm se mostrado insuficientes, pois em alguns serviços o cenário permanece inalterado, com o uso de intervenções desnecessárias e sem evidências científicas. Pesquisa realizada no sul do Brasil identificou várias condutas prejudiciais ao trabalho de parto e algumas utilizadas de modo inadequado, tais como a prescrição de jejum, o uso de ocitocina, a amniotomia, a realização de episiotomia e o parto na posição litotômica.²

A mudança desse cenário, cercado por intervenções rotineiras e desnecessárias, sem o consentimento materno e sem a ponderação do profissional sobre os reais benefícios e consequências para o binômio mãe e filho consiste em desafio, relacionado à superação do paradigma tecnicista. Considerando-se a importância dos serviços de saúde avaliarem a atenção obstétrica desenvolvida propõe-se este estudo, que tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados às intervenções obstétricas em parturientes atendidas em maternidades públicas.

Método

Estudo transversal, realizado em duas maternidades públicas de referência para partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Londrina, Paraná, Brasil. Em conjunto, essas maternidades foram responsáveis por 78,3% dos partos normais e por 47,6% do total de partos ocorridos neste município, no ano de 2017.⁵ Este estudo integra amplo projeto de pesquisa intitulado: Avaliação da atenção ao parto normal em maternidades públicas de um município da região sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e junho de 2017, por meio de instrumento elaborado especificamente para esse estudo, preenchido a partir dos registros constantes nos prontuários hospitalares das parturientes participantes.

Foram consideradas como elegíveis para o estudo as mulheres que tiveram parto vaginal intra-hospitalar no período da coleta de dados e que concordaram voluntariamente em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: condição clínica desfavorável, decorrente de complicação grave da gestação e/ou parto, que impossibilitasse a puérpera de participar da entrevista e ausência de responsável para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando esta tinha idade inferior a 18 anos.

Como o número total de partos normais ocorridos no ano de 2015 nas duas maternidades do estudo foi 2470, calculou-se o tamanho da amostra para população finita, com nível de confiança de 95%, resultando em 344 participantes. A partir do início da coleta de dados, as mulheres foram selecionadas de forma consecutiva pelas entrevistadoras, graduandas em enfermagem, com visitas em dias alternados às maternidades, até obter o número amostrado. Houve 12 recusas.

A variável desfecho foi intervenção obstétrica realizada durante o trabalho de parto e parto, definida nesse estudo como a utilização de pelo menos uma das práticas a seguir: uso de ocitocina; rotura artificial das membranas; parto instrumental (por fórceps ou vácuo extrator) e realização de episiotomia.

Entre as variáveis independentes foram incluídos dados sociodemográficos maternos, condição obstétrica pregressa, dados do pré-natal, da internação para o parto e do recém-nascido, conforme consta do Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis independentes do estudo

Variáveis	Categorias
Sociodemográficas	
Faixa Etária (anos)	10-19, 20-34, ≥ 35
Escolaridade (anos)	< 8 , ≥ 8
Situação conjugal	com companheiro, sem companheiro
Atividade remunerada	sim, não
Condição obstétrica pregressa	
Paridade	primigesta, multigesta
Aborto anterior	sim, não
Cesárea anterior	sim, não
Pré-natal	
Realização	sim, não
Número de consultas	≤ 5 , ≥ 6
Internação	
Dilatação cervical (centímetros)	< 5 , ≥ 5
Dinâmica uterina	sim, não
Estado das membranas	íntegras, rotas
Doença materna associada	sim, não
Recém-nascido	
Idade gestacional ao nascer (semanas)	< 37 , ≥ 37
Peso (gramas)	≥ 2500 , ≤ 2499
Mecônio intraparto	sim, não

As variáveis posição litotômica e acompanhante no parto apresentaram frequências próximas à 100% e, desta forma, não foram incluídas no modelo.

As análises foram realizadas com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0. Inicialmente realizou-se descrição das características das participantes. Para avaliar possíveis fatores associados às intervenções obstétricas, utilizou-se a Regressão de Poisson com a Razão de Prevalências (RP) como medida de associação do modelo. Inicialmente, procedeu-se a análise bivariada entre as variáveis independentes

(sociodemográficas, obstétricas, do pré-natal, internação e do recém-nascido) e a dependente (intervenção obstétrica). Aquelas que apresentaram $p < 0,20$ permaneceram na análise multivariada. Para compor o modelo final o nível de significância adotado foi $p < 5\%$. Para todas as análises foi estabelecida uma categoria de referência, considerada a de menor risco para a ocorrência do desfecho.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 57408616.0.0000.5231 e foram respeitadas as exigências formais das normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Das 344 participantes, 171 tiveram intervenção obstétrica, prevalência de 55,5%, sendo três o número máximo de intervenções em uma mesma mulher. Do total de 248 intervenções realizadas, o uso da ocitocina e a rotura artificial das membranas foram as mais frequentes, com taxas de 50,0% e 29,7% respectivamente; com menor frequência foi realizada episiotomia (7,8%) e parto instrumental, por fórceps ou vácuo extrator (0,6%).

As características das participantes do estudo estão descritas a seguir na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, obstétrica, relativa ao pré-natal, internação, parto e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
10-19	68	19,8
20-34	250	72,6
≥35	26	7,6
Escolaridade (anos)		
< 8	59	17,4
≥ 8	285	82,6
Situação conjugal		
Com companheiro	312	90,7
Sem companheiro	32	9,3

Atividade remunerada		
Sim	127	36,9
Não	217	63,1
Paridade		
Primigesta	84	24,4
Multigesta	260	75,6
Aborto anterior		
Sim	42	12,2
Não	302	87,8
Cesárea anterior		
Sim	32	9,3
Não	312	90,7
Realização de pré-natal		
Sim	338	98,2
Não	6	1,8
Número de consultas pré-natais*		
≤ 5	57	16,7
≥ 6	287	83,3
Dilatação cervical na internação (cm)*		
<5	203	60,8
≥5	131	39,2
Dinâmica uterina na internação		
Sim	248	67,7
Não	96	32,3
Estado das membranas na internação		
Íntegras	270	73,6
Rotas	74	26,4
Doença materna**		
Sim	66	19,2
Não	278	80,8
Idade gestacional (semanas)		
< 37	13	3,8
≥37	331	96,2
Presença de acompanhante no parto		
Sim	320	93,0
Não	24	7,0
Posição no parto		
Litotômica	335	97,4
Não litotômica	9	2,6
Peso do recém-nascido (gramas)		
≤ 2499	14	4,1

≥ 2500	330	95,9
Mecônio intraparto		
Sim	24	7,0
Não	320	93,0

*A amostra variou devido à ausência de informação no prontuário; ** Inclui: sífilis, hipotireoidismo, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e depressão.

A maioria das participantes tinha idade entre 20 e 34 anos (72,6%) e oito ou mais anos de estudo (82,6%); tinha companheiro (90,7%) e não exercia atividade remunerada (63,1%); no que se refere às características obstétricas, a maioria era multigesta (75,6%). Quase a totalidade referiu ter feito pré-natal (98,2%) e os nascimentos foram à termo (96,2%). Na internação, a maioria apresentou dilatação cervical menor que 5cm e presença de dinâmica uterina, 60,8% e 67,7%, respectivamente (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada dos fatores associados à intervenção obstétrica.

Tabela 2 – Análise bivariada entre intervenção obstétrica e variáveis sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, de internação e do recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017

Variáveis	Intervenção Obstétrica		RP (IC95%)	p
	Não	Sim		
Faixa etária (anos)				
20 a 34	113(45,2%)	137(54,8%)	1,00	
10 a 19	31(45,6%)	37(54,4%)	1,00(0,75-1,35)	0,954
≥ 35	9(34,6%)	17(65,4%)	0,76(0,44-1,32)	0,338
Escolaridade (anos)				
≥ 8	137(48,2%)	147(51,8%)	1,00	
< 8	16(26,7%)	44(73,3%)	0,55(0,35-0,85)	0,008
Situação conjugal				
Com companheiro	134(42,9%)	178(57,1%)	1,00	
Sem companheiro	19(59,4%)	13(40,6%)	1,38(1,01-1,89)	0,043
Atividade remunerada				
Sim	59(46,5%)	68(53,5%)	1,00	
Não	94(43,3%)	123(56,7%)	0,93(0,73-1,18)	0,569
Paridade				
Multigesta	107(41,1%)	153(58,9%)	1,00	
Primigesta	42(50%)	42(50%)	1,21(0,96-1,54)	0,099
Aborto anterior				
Não	141(46,7%)	161(53,3%)	1,00	
Sim	12(28,6%)	30(71,4%)	1,63(0,99-2,67)	0,051

Cesárea anterior					
Não	140(44,9%)	172(55,1%)	1,00		
Sim	13(40,6%)	19(59,4%)	0,90 (0,58-1,40)		0,655
Realização de pré-natal					
Sim	150(44,4%)	188(55,6%)	1,00		
Não	3(50,0%)	3(50,0%)	1,12(0,49-2,51)		0,784
Número de consultas pré-natais					
≥ 6	122(42,9%)	164(57,1%)	1,00		
≤ 5	31(53,4%)	27(46,6%)	1,24(0,94-1,63)		0,119
Dilatação cervical na internação (cm)*					
≥ 5	66(50,4%)	65(49,6%)	1,00		
< 5	79(38,9%)	124(61,1%)	0,77(0,60-0,98)		0,037
Dinâmica uterina na internação					
Sim	106(42,8%)	142(57,2%)	1,00		
Não	35(36,5%)	61(63,5%)	0,76(0,56-1,03)		0,079
Estado das membranas na internação					
Íntegras	116(43,0%)	154(57,0%)	1,00		
Rotas	27(36,5%)	47(63,5%)	0,78(0,56-1,09)		0,151
Doença materna					
Não	114(41,1%)	164(58,9%)	1,00		
Sim	38(57,6%)	28(42,4%)	1,39(1,08-1,79)		0,009
Idade gestacional (semanas)					
≥ 37	151(45,6%)	180(54,4%)	1,00		
< 37	2(15,4%)	11(84,6%)	0,33(0,09-1,21)		0,096
Peso do recém-nascido (gramas)					
≥ 2500	150(45,5%)	180(54,5%)	1,00		
≤ 2499	3(21,4%)	11(78,6%)	0,47(0,17-1,30)		0,148
Mecônio intraparto					
Não	139(43,4%)	181(56,6%)	1,00		
Sim	14(58,3%)	10(41,7%)	1,34(0,93-1,92)		0,109

*A amostra variou devido à ausência de informação no prontuário; ** Inclui: sífilis, hipotireoidismo, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e depressão.

Anos de estudo (RP = 0,55; IC95% = 0,35-0,85), situação conjugal (RP = 1,38; IC95% = 1,01-1,89), paridade (RP = 1,21; IC95% = 0,96-1,54), aborto anterior (RP = 1,63; IC95% = 0,99-2,67), número de consultas de pré-natal (RP = 1,24; IC95% = 0,94-1,63), dilatação cervical (RP = 0,77; IC95% = 0,60-0,98), dinâmica uterina (RP = 0,76; IC95% = 0,56-1,03), estado das membranas (RP = 0,78; IC95% = 0,56-1,09), doença materna associada (RP =

1,39; IC95% = 1,08-1,79), idade gestacional (RP = 0,33; IC95% = 0,09-1,21), peso do recém-nascido (RP = 0,47; IC95% = 0,17-1,30) e mecônio intraparto (RP = 1,34; IC95% = 0,93-1,92) apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada e foram incluídas no modelo multivariado.

A Tabela 3 apresenta o modelo final, considerando a análise multivariada.

Tabela 3 – Análise multivariada das variáveis sociodemográficas, obstétricas, relativas ao pré-natal, internação e recém-nascido de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas de Londrina/PR, 2017

Variáveis	Intervenção Obstétrica		RP (IC95%)	p
	Não	Sim		
Escolaridade (anos)				
≥ 8	137(48,2%)	147(51,8%)	1,00	0,076
< 8	16(26,7%)	44(73,3%)	0,63(0,38-1,05)	
Situação conjugal				
Com companheiro	134(42,9%)	178(57,1%)	1,00	0,328
Sem companheiro	19(59,4%)	13(40,6%)	1,22(0,81-1,83)	
Paridade				
Multigesta	107(41,1%)	153(58,9%)	1,00	0,841
Primigesta	42(50%)	42(50%)	0,96(0,70-1,32)	
Aborto anterior				
Não	141(46,7%)	161(53,3%)	1,00	0,078
Sim	12(28,6%)	30(71,4%)	1,61(0,94-2,74)	
Número de consultas pré-natais				
≥ 6	122(42,9%)	164(57,1%)	1,00	0,228
≤ 5	31(53,4%)	27(46,6%)	1,20(0,88-1,64)	
Dilatação cervical na internação (cm)*				
≥ 5	66(50,4%)	65(49,6%)	1,00	0,030
< 5	79(38,9%)	124(61,1%)	0,72 (0,54-0,97)	
Dinâmica uterina na internação				
Sim	106(42,8%)	142(57,2%)	1,00	0,050
Não	35(36,5%)	61(63,5%)	0,70(0,50-1,00)	
Estado das membranas na internação				
Íntegras	116(43,0%)	154(57,0%)	1,00	0,798
Rotas	27(36,5%)	47(63,5%)	1,04(0,75-1,44)	

Doença materna**				
Não	114(41,1%)	164(58,9%)	1,00	
Sim	38(57,6%)	28(42,4%)	1,60(1,15-2,24)	0,005
Idade gestacional (semanas)				
≥ 37	151(45,6%)	180(54,4%)	1,00	
< 37	2(15,4%)	11(84,6%)	0,98(0,22-4,21)	0,980
Peso do recém-nascido (gramas)				
≥2500	150(45,5%)	182(54,5%)	1,00	
≤2499	3(21,4%)	11(78,6%)	0,57(0,19-1,72)	0,326
Mecônio intraparto				
Não	139(43,4%)	181(56,6%)	1,00	
Sim	14(58,3%)	10(41,7%)	1,55(1,06-2,27)	0,022

*A amostra variou devido à ausência de informação no prontuário; ** Inclui: sífilis, hipotireoidismo, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e depressão.

Após ajustes, de maneira independente, as variáveis: doença materna (RP = 1,60, IC = 1,15-2,24, p = 0,005) e mecônio intraparto (RP = 1,55, IC = 1,06-2,27, p = 0,022), apresentaram risco aumentado de intervenção obstétrica. Por outro lado, a presença de dilatação maior ou igual a 5 cm na internação (RP = 0,72, IC = 0,54-0,97, p = 0,030) mostrou-se fator protetor para este desfecho (Tabela 3).

Discussão

Este estudo identificou elevada prevalência de intervenções obstétricas, especialmente o uso de ocitocina e a rotura artificial de membranas em mulheres atendidas em maternidades públicas. De maneira independente, na presença de doença materna e de mecônio intraparto as intervenções obstétricas foram mais frequentes, enquanto que a internação com dilatação igual ou superior a 5 cm protegeu as parturientes desse desfecho.

A presença de mecônio intraparto tem sido foco de pesquisas globalmente. Na Etiópia, estudo com 495 mulheres, identificou que aquelas que receberam ocitocina para indução do parto apresentaram chance 2,6 vezes maior de presença de mecônio no líquido amniótico, quando comparadas às mulheres com trabalho de parto sem indução.⁶ Coorte retrospectiva realizada em Israel, encontrou impacto negativo no resultado perinatal na vigência de líquido amniótico meconial, mesmo em gestações a termo e de baixo risco.⁷ Da

mesma maneira, estudo transversal que analisou 2441 nascimentos em São Paulo, Brasil, com o objetivo de analisar a frequência e os fatores maternos e neonatais associados à presença de mecônio no líquido amniótico no momento do parto, encontrou associação entre presença de mecônio e o uso de ocitocina, concluindo ser necessário rever a utilização desse procedimento.⁸

A relevância da presença de mecônio intraparto está no fato de ser condição necessária para ocorrência da síndrome de aspiração de mecônio, a qual reflete grande espectro de distúrbios, variando de taquipnéia leve a grave desconforto respiratório, com elevada mortalidade perinatal.⁹

Em relação à doença materna, outros estudos também referem maiores taxas de intervenções no parto em mulheres que apresentam doenças associadas.^{10,11}

Estudo realizado na Austrália, com 5840 mulheres, que examinou o papel dos fatores modificáveis e não modificáveis que promovem ou inibem o parto normal e estimou a probabilidade de ocorrência de parto normal sem intervenção, também encontrou associação entre doença materna e intervenção no parto.¹² Possível hipótese explicativa para a utilização de intervenções em condição de doença materna, especialmente o uso de ocitocina e/ou a amniotomia, guarda relação com a proposta de manejo ativo do trabalho de parto, de forma a acelerar sua progressão, pela redução do segundo estágio¹³ ou reduzir a chance de nascimento por operação cesariana. Sobre a redução da duração do trabalho de parto, revisão sistemática de 2013¹⁴ concluiu não haver diminuição em sua duração e identificou possível aumento na taxa de cesárea, contraindicando o uso rotineiro da amniotomia. Quanto a taxa de cesárea, duas revisões do mesmo ano^{15,16} concluíram, a primeira, que o uso precoce de amniotomia e ocitocina parece estar associada a uma pequena redução na taxa de cesárea, quando comparado ao cuidado padrão e a segunda, também apontou que o manejo ativo se associa a pequena redução na taxa de cesárea, mas destacou ser prática altamente prescritiva. Essa condição pode resultar em uma cascata de intervenções.¹⁷

Achado importante do presente estudo foi a constatação de que internar a parturiente com dilatação cervical igual ou superior a 5cm a protegeu do uso de intervenção obstétrica, confirmando os benefícios da internação na

fase ativa do trabalho de parto.¹⁷ Ao contrário, a admissão precoce, antes da fase ativa, tem sido apontada como uma das principais responsáveis pelo uso de ocitocina¹⁷, frequente intervenção, presente em metade dos casos deste estudo.

Apesar de ter sido elevada a prevalência do conjunto de intervenções (55,5%), sua ocorrência foi bastante inferior a encontrada em pesquisa brasileira de abrangência nacional, nos serviços públicos e privados, que encontrou 94,4% de intervenções obstétricas.⁴ Porém, essa comparação precisa ser feita com cuidado, visto que o citado estudo considerou mais ampla gama de intervenções obstétricas: uso de cateter venoso, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, anestesia raquidiana/epidural, posição litotômica para o parto, manobra de Kristeller, episiotomia e operação cesariana. Considerado apenas o uso de ocitocina, a prevalência foi maior no presente estudo (50,0% vs 36,4%), enquanto que o inverso ocorreu com a amniotomia (29,7% vs 39,1%). Outros dois estudos brasileiros encontraram: uso de ocitocina em 54% das mulheres pesquisadas¹⁸, em hospital do Rio de Janeiro e em maternidade de Pernambuco, a taxa de ocitocina foi 41,0% e de amniotomia de 31,0%.¹⁹

A ocitocina geralmente é utilizada para indução, aceleração ou correção das alterações na evolução do trabalho de parto.²⁰ Seu uso no período de dilatação deve estar restrito à correção da dinâmica uterina, em casos de falha na progressão do trabalho de parto.²¹ Estudo de revisão de literatura apontou que a estimulação artificial do trabalho de parto tem dimensão variada, estimando-se ocorrer em 6,0% dos partos em países em desenvolvimento e 20,0% no Reino Unido. Apesar de estar entre as intervenções mais comuns em obstetrícia, não é isenta de riscos, sendo que após uma indução, aproximadamente 15% das mulheres terão parto instrumental e 20% evoluirão para cesárea de emergência.²²

A taxa de episiotomia encontrada nesse estudo está abaixo dos 10% aceitos pela Organização Mundial de Saúde.²³ Na literatura nacional foi encontrado apenas um estudo com prevalência menor (2,0%)¹⁹ e outro com prevalência maior, próxima a 50%.²⁴ A pesquisa Nascer no Brasil, relevante por ter abrangência nacional, e que contou com amostra de 23894 mulheres,

encontrou episiotomia em 56% dos partos vaginais.⁴ Assim, a situação obtida neste estudo é mais favorável que a do país como um todo.

A realização de episiotomia está relacionada à presença de inúmeros sinais e sintomas locais, como dor, sangramento, equimose, hematoma, infecção e deiscência, além de associar-se à dispareunia, fístula retal e aspectos de ordem psíquica, como dificuldades na amamentação, insatisfação sexual da mulher e do parceiro e sentimento de experiência negativa no parto.²⁵ Revisão sistemática da literatura encontrou que os profissionais médicos realizam episiotomia por se sentirem inseguros, frente a possibilidade de laceração do canal de parto.²⁵ Porém, essa prática é comparada à laceração de segundo grau, enquanto que quando não realizada, muitas puérperas permanecem com o períneo íntegro e quando há laceração, a maior parte ocorre em primeiro grau²⁶ e, assim, não se justifica sua realização.

Com relação ao parto vaginal operatório, por fórceps ou vácuo extração, não foram encontradas referências nacionais ou internacionais atuais sobre sua ocorrência, mas estima-se prevalência próxima a 10%,²⁷ valor muito superior ao deste estudo (0,6%).

Em síntese, considerando os resultados obtidos, na vigência de doença materna e de mecônio intraparto, especial atenção deve ser dedicada à parturiente, para que sejam evitadas intervenções desnecessárias.

Constitui limitação deste estudo o fato de a coleta de dados depender do registro dos profissionais no prontuário hospitalar das parturientes. Assim, é possível que a prevalência das intervenções relatada esteja um pouco subestimada, pela ausência de registro. Embora o estudo tenha ocorrido em duas maternidades, os resultados podem ser generalizáveis para outras maternidades com características semelhantes: hospital escola, campo de prática para o ensino da obstetrícia.

Ainda que as intervenções tenham apresentado prevalência menor que a encontrada em outros estudos nacionais, a prática das maternidades deste estudo está distante das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, posto que sendo a gestação e nascimento processos fisiológicos,

requerem poucas intervenções. Assim, esses serviços precisam rever seus protocolos assistenciais, embasando-os em evidências científicas.

Os achados obtidos trazem contribuições para os serviços de saúde e para os profissionais que atuam na assistência ao parto, subsidiando a elaboração e implementação de ações visando a diminuição das intervenções desnecessárias e o estímulo às boas práticas de atenção ao parto.

Referências

1. Vargens OMC, Silva ACV, Progiante JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. Esc Anna Nery. 2017; 21(1): e20170015.
2. Monteshio LVC, Sgobero JCG, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. Cienc Cuid Saude. 2016; 15(4): 591-8.
3. Souza JP, Castro CP. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad Saúde Pública. 2014; 30(Sup): S11-S13.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. Cad Saúde Publica. 2014; 30(Sup 1): S1-S31.
5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde. Nascimento por residência da mãe/Tipo de parto/Município, 2017.
6. Addisu D, Asres A, Gedefaw G, Asmer S. Prevalence of meconium stained amniotic fluid and its associated factors among women who gave birth at term in Felege Hiwot comprehensive specialized referral hospital, North West Ethiopia: a facility based cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18:429.
7. Hirsch L, Krispin E, Aviram A, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. Effect of meconium amniotic fluid on perinatal complications in low-risk term pregnancies. Am J Perinatol. 2016; 33(04): 378-84.
8. Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(6): 1023-9.
9. Vain NE, Batton DG. Meconium “aspiration” (or respiratory distress associated with meconium-stained amniotic fluid?). Semin Fetal Neonatal Med. 2017;2(4):214-9.

-
10. Miller YD, Prosser SJ and Thompson R. Become public: Does risk and choice explain differences in cesarean rates between public and private birth places in Australia? *Obstetrics*. 2012; 28: 627-35.
 11. Humphrey T, Tucker JS. Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. *J Public Health*. 2009; 31(1): 88-94.
 12. Prosser SJ, Barnett A, Miller YD. Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18:241.
 13. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev Enferm UNISA*. 2012; 13(1):64-8.
 14. Smith RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (6): CD006167.
 15. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 7(8): CD006794.
 16. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 16(9): CD004907.
 17. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(9):1789-800.
 18. Reis CSC, Souza DOM, Progiante JM, Vargens OMC. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. *Enferm Obstét*. 2014; 1(1):7-11.
 19. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016; 16(1): 29-37.
 20. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ÁCP, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6):1091-8.
 21. Pearson A. Evidence synthesis and its role in evidence-based health care. *Nurs Clin North Am*. 2014; 49(4):453-60.
 22. Ryan R, McCarthy F. Induction of labour. *Obst Gynaecol Reprod Med*. 2016; 26(10):304-10.

23. Oms. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
24. Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(Supl. 2):932-40.
25. Santosa RCS, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(esp): e68304
26. Monte AS, Rodrigues DP. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico puerperal. Rev baiana enferm. 2013; 27(03): 265-76.
27. Hernández-Martínez A, Pascual-Pedreño AI, Garnés ABB, Malero-Jiménez MR, Alarcón MM. Variabilidad en la tasa de episiotomias y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. Enferm clín. 2014; 24(5): 269-75.
28. Cunha AA. Indicações do parto a fórceps. Femina. 2011; 39(12):549-54.

4.4 Manuscrito 3

Experiências e expectativas de puérperas quanto aos cuidados no parto

Resumo

Objetivo: apreender as experiências e expectativas das puérperas frente aos cuidados recebidos no parto. **Método:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com 25 puérperas entre agosto e setembro de 2017. Para organização dos resultados utilizou-se o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo os dados discutidos à luz das boas práticas de atenção ao parto. **Resultados:** após análise emergiram quatro ideias centrais que foram agrupadas em dois temas: 1) Humanização e satisfação com o momento do parto (IC 1 – Estrutura inadequada, mas atendimento satisfatório; IC 2 – O cuidado humanizado e o apoio da equipe); 2) Descontentamento e Sofrimento gerados pela assistência durante o parto (IC 3 – Frustração frente à intervenção realizada; IC 4- Desrespeito e falta de empatia dos profissionais da saúde). **Considerações Finais:** As puérperas mostraram-se satisfeitas com o cuidado recebido no parto e se sentiram apoiadas pela equipe de saúde, apesar das situações de violência obstétrica presentes nos discursos, o que distancia os cuidados prestados das boas práticas de atenção ao parto.

Descritores: Parto normal; Satisfação do paciente; Avaliação em saúde.

Introdução

A gravidez é um evento importante na vida das mulheres, sendo o parto permeado por efeitos sociais, emocionais e físicos significativos.¹ Assim, as experiências vivenciadas neste processo são importantes para as pessoas nele envolvidas.²

Muitas maternidades ainda realizam cuidados embasados na atenção obstétrica tecnocrática, caracterizado por intervenções obstétricas tradicionais, sem evidências científicas.³

Em contrapartida, a assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto, proporciona uma assistência humanizada, tornando para a maioria das mulheres uma experiência maravilhosa e satisfatória, enquanto que a assistência não qualificada, pode levar a uma experiência do parto traumática e negativa.⁴

Assim, a adoção das boas práticas assistenciais no parto é essencial para qualidade do cuidado prestado na assistência ao binômio mãe-filho,⁵ sendo fundamental para o desenvolvimento de percepções e sentimentos positivos dessa experiência única.

Sabendo-se que o momento do parto é um momento único, singular para a mulher e que pode representar um momento de felicidade e expectativas, bem como de sofrimento e decepções emergiu o seguinte questionamento: Como as puérperas compreendem a assistência recebida durante o parto?

Diante desse contexto, esse estudo tem por objetivo apreender as experiências e expectativas das puérperas frente aos cuidados recebidos no parto, afim de analisar a qualidade da atenção ao parto, com o intuito de produzir evidência de como ocorre o processo assistencial, buscando a adequação do atendimento pautado em práticas baseadas em evidências científicas.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, integrado a ampla pesquisa intitulada “Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região sul do Brasil”, realizada em duas maternidades. Utilizou-se como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁶, sendo os dados discutidos à luz das boas práticas da atenção ao parto⁷.

Para a pesquisa foram utilizadas três figuras metodológicas: as expressões-chave (ECH), a ideia central (IC) e o discurso do sujeito coletivo (DSC). As ECH são trechos literais do depoimento que contêm a essência da fala. A IC é entendida como o nome ou expressão linguística que traduz o sentido de cada conjunto homogêneo de ECH, de maneira sintética e precisa. No DSC há agrupamento das ECH que estão nas falas, que possuem ancoragens e/ou IC complementares ou semelhantes, representando a ideia do coletivo.⁶

A seleção das puérperas foi realizada entre as participantes do estudo-mãe, a partir de lista nominal das participantes. Realizou-se contato via telefone, alternando uma puérpera de cada maternidade. Quando a puérpera aceitava participar da entrevista, agendava-se a visita domiciliar para sua realização.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, com 25 puérperas. As questões norteadoras utilizadas nas entrevistas, para motivar a fala das puérperas foram: Conte sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto. O trabalho de parto e o parto ocorreram como você planejava? Fale sobre o local que você deu a luz; e Conte-me sobre o acompanhamento que você recebeu do profissional que esteve com você durante o trabalho de parto e parto.

A duração média das entrevistas foi de 36 minutos, considerando a interação inicial e a entrevista, as quais foram gravadas em aparelho celular. Ao término solicitava-se à puérpera que ouvisse a gravação realizada, garantindo a ela o direito de alterar as informações, caso achasse necessário.

A delimitação do número de participantes foi estabelecida quando os dados obtidos permitiram, na visão do pesquisador, responder ao objetivo, não sendo mais necessário prosseguir com a coleta de dados.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e identificadas pela letra P (puérpera) acompanhada de número, de acordo com a ordem de realização da entrevista, como P1, P2, e assim, sucessivamente, respeitando a condição do anonimato das participantes.

O DSC é elaborado por meio de fragmentos de vários discursos individuais. Cada um dos discursos coletivos está relacionado a um posicionamento e opinião específica. Ele deve ser escrito no tempo verbal da primeira pessoa do singular de modo que represente uma ideia coletiva.⁷

As entrevistas individuais foram transcritas e, posteriormente, foram realizadas leituras repetidamente de cada discurso, afim de se apropriar dos mesmos e identificar as ECH e, em seguida, as IC.

Para a formulação do DSC, foram agrupadas as ECH de maneira que formassem um discurso coerente. Para tanto, foram utilizados conectores

a fim de dar sentido ao DSC, sem que isso alterasse a estrutura da frase elaborada pelo sujeito.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.377.176 e CAAE nº 76735917.0.0000.5231.

Resultados

Breve caracterização das puérperas participantes deste estudo indica idade entre 15 e 35 anos. A maior parte com escolaridade acima de oito anos de estudo. Todas com companheiro. Destas 18 já haviam vivenciado o parto vaginal, sendo que 17 estavam vivenciando o parto pela primeira vez.

No processo de análise das falas das puérperas emergiram quatro Ideias Centrais (IC), as quais foram agrupadas em dois temas: 1) Humanização e satisfação com o momento do parto (IC 1 – Estrutura inadequada, mas atendimento satisfatório; IC 2 – O cuidado humanizado e o apoio da equipe); 2) Descontentamento e Sofrimento gerados pela assistência durante o parto (IC 3 – Frustração frente à intervenção realizada, IC 4- Desrespeito e falta de empatia dos profissionais da saúde).

Tema 1: Humanização e satisfação com o momento do parto

IC 1 – Estrutura inadequada, mas atendimento satisfatório

As puérperas apontaram a estrutura física das maternidades como um problema relatando que há necessidade de reparos/reformas, entretanto, mesmo com essas adversidades revelam que o atendimento foi satisfatório e que procurariam novamente o serviço caso viesse a apresentar uma nova gestação.

DSC 1 - Eu acho que não está ruim, só precisa de reparos, normais, como em quase todos os lugares, tinha que melhorar para o acompanhante, o banheiro tinha que dar uma reformada melhor e ter mais banheiros, os quartos estão meio deteriorados, o piso é perigoso, a

gente com o neném pode escorregar. A estrutura está um pouquinho com infiltração dá para ver, o dia que ganhei estava chovendo muito, salas estavam interditadas por que estavam alagadas e isso me deixou ainda mais nervosa, até as enfermeiras ficaram nervosas. A estrutura poderia ser um pouco melhor, mas o atendimento está ótimo. Se eu tiver mais algum filho, eu gostaria que fosse aqui novamente. (P4, P6, P22, P25)

IC 2 – O cuidado humanizado e o apoio da equipe

Para as mulheres que já haviam vivenciado o parto vaginal anteriormente ao comparar sua experiência anterior com a atual referiram que este parto lhes causou sensação de mais dor em relação ao parto anterior, no entanto, revelaram que a vivência do parto atual foi melhor, associando ao apoio recebido das várias pessoas envolvidas no nascimento.

Este fato se deu, pois referiram terem sido assistidas integralmente pela equipe de saúde, demonstrando o cuidado humanizado, relatando que puderam experienciar cuidados como: massagem, uso da bola, banho quente, bem como oferecendo ajuda, apoio e informações sobre o que estava ocorrendo com ela durante o processo do parto.

DSC 2 - Dessa vez a assistência foi boa, da outra não foi. Não teve ninguém que insistisse, nessa eu tive apoio total. Muita gente me acompanhando, o trabalho de parto em si foi mais sofrido que o primeiro, bem mais, mas eu tive o tempo inteiro acompanhamento. Dessa vez foi melhor, foi tudo bem. (P9, P10, P11, P19, P20)

DSC 3 - Fui totalmente assistida, o tempo todo. Elas me ajudaram, fizeram massagem, me colocaram na bola, indicaram banho quente. O tempo todo assistido por elas. Foi melhor do que o planejado, a ajuda profissional me fortaleceu, para mim isso foi muito importante. Conversaram comigo e me deixaram bem calma. Tudo que estavam fazendo comigo eu era informada antes, quando a gente questionava algo sobre o que estava acontecendo que eles não sabiam, eles procuravam ajuda de quem soubesse responder e traziam as respostas. Sempre me acompanhando, dando bastante apoio, gostei de ser atendida aqui. O apoio é fundamental. (P1, P2, P3, P5, P14, P15, P18, P20, P, 21, P22)

Tema 2: Descontentamento e sofrimento gerados pela assistência durante o parto

IC 3 – Frustração frente à intervenção realizada

Embora, um número significativo de mulheres tenha vivenciado o momento do parto e assistência recebida de modo satisfatório, para algumas, houve divergências de percepção enfatizando que alguns procedimentos e intervenções realizadas lhes causaram aumento da dor e sofrimento ao ponto de não mais desejarem realizar o parto vaginal como planejado por elas anteriormente.

DSC 4 - O médico achou melhor então me ajudar, me deram soro e não pegava, porque meu organismo não aceitava, tive que ir para o segundo soro e mesmo assim não dilatava estourou a bolsa, aí foi a hora que comecei sentir dor mesmo, uma dor horrível, eu sofri muito, muito sempre sonhei com parto normal, mas não queria mais, porque estava doendo. Ele falou para mim que ele fez isso e ia ver o que acontecia se eu ia entrar mesmo em trabalho de parto aumentando a dilatação, aí ele me mandou ficar em jejum. Queria que o parto fosse normal, natural, mas ele foi induzido, foi dolorido porque foi induzido. Sofri muito. (P7, P8, P12, P13, P23, P24)

IC 4 – Desrespeito e falta de empatia dos profissionais da saúde

Algumas puérperas perceberam a sua chegada ao serviço, bem como a condução de seu parto como inadequados, pois se depararam com atitudes de profissionais que lhes causaram desconforto e geraram sentimentos considerados negativos.

DSC 5 - Na triagem, alguns profissionais foram grossos, não dava atenção, demorei muito para ser atendida. Na hora que o doutor entrou colocou um estagiário para me atender, só que ele não era atencioso, falei para ele que

estava com bastante dor, que achava que o neném iria nascer, que estava perto. (P7, P13, P16, P23)

DSC 6 - Foi parto normal, bem dolorido, tinha muita gente, foi em uma sala tipo de espera. E neste dia trocaram bastante de pessoas isso me deixou bem nervosa. (P8, P12, P17)

Discussão

Os discursos das puérperas revelaram que embora reconheçam que a estrutura física das maternidades apresente problemas, isso não foi uma barreira para a satisfação com o cuidado ao parto. Enfatizaram, inclusive, que voltariam a utilizar o serviço em um próximo parto, o que também ocorreu em uma revisão sistemática realizada em 2013 que apontou que quando os usuários percebem a qualidade do atendimento recebido, têm maior probabilidade de voltar a ele.⁸

Ressalta-se que a infraestrutura (espaço físico, recursos materiais/equipamentos e recursos humanos), em geral, pode estar associada à qualidade do atendimento e que investimentos nesta área são necessários, pois podem influenciar diretamente na morbimortalidade materna e neonatal.⁹ No entanto, para as puérperas deste estudo, isto não foi apresentado como fator que interferiu em seu parto, fato que talvez se justifique por considerarem menores os reparos necessários na infraestrutura das maternidades.

De toda maneira, os itens estruturais em desconformidades precisam ser corrigidos, entendendo-se como necessárias as adequações, enquanto compromisso com a ambiência, o que deverá ser buscado por ambas as maternidades.

Dos discursos, apreendeu-se que as puérperas perceberam a assistência prestada pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educadores físicos e fisioterapeutas) durante o trabalho de parto e parto, permeada de apoio, informação e cuidados humanizados. Assim, embora se espere que a dor represente experiência negativa, os relatos apontaram que a experiência da dor intensa das contrações, foram minimizadas pelo apoio recebido durante o trabalho de

parto. A literatura científica indica que por meio do apoio, do respeito à fisiologia do parto e do oferecimento de técnicas não farmacológicas de alívio, como massagem e banho morno, entre outras, pode-se trazer benefícios, como a diminuição da dor, tornando o momento vivido mais tranquilo.¹⁰

Estudo realizado com 17 mulheres sobre a experiência relacionada à assistência ao parto também encontrou que a atenção e o afeto dos profissionais desencadearam sentimentos de aconchego e satisfação, responsáveis pela diminuição da sensação dolorosa.¹¹ Outro estudo, desenvolvido em hospital universitário de Santa Catarina, demonstrou que o apoio emocional recebido pelos profissionais esteve associado à satisfação das mulheres com relação à qualidade do cuidado recebido.¹²

Destaca-se que as práticas humanizadas como: respeito a fisiologia do parto; privacidade da mulher e do acompanhante; oferta de líquidos por via oral; estímulo a posições não supinas; liberdade de posição e movimento; esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejam; apoio da equipe de saúde; oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor; autonomia da mulher; presença de acompanhante de escolha da mulher; contato precoce pele a pele entre mãe e bebê após o parto; estímulo da amamentação na primeira hora de vida⁷, são aspectos que se associam à satisfação com o parto.¹³

Assim, as pessoas envolvidas na assistência obstétrica necessitam entender as particularidades desse momento, bem como respeitar os valores e aspectos culturais relacionados às mulheres, de forma a proporcionar uma assistência qualificada.¹⁴

Pesquisa realizada sobre a percepção das puérperas sobre a assistência recebida pela equipe de saúde durante o parto, aponta que os problemas encontrados na assistência ao parto, em geral, não necessitam de grandes aparatos tecnológicos, mas sim de atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos na assistência para o fortalecimento de vínculo.¹⁵ Basta que o ambiente seja acolhedor e confortável para que se viabilize o relaxamento psicofísico da mulher, o que também pode contribuir para a qualidade da assistência prestada.²

Dessa maneira, atitudes como o fornecimento de informações sobre

o processo do trabalho de parto e parto, bem como os procedimentos realizados, devem permear o cuidado, permitindo que a mulher sinta-se partícipe de todo o processo.¹⁶ O direito à informação é um princípio básico no relacionamento do profissional de saúde com a paciente, sendo essencial para modificações no cuidado obstétrico.¹⁷⁻¹⁸ Em síntese, a aplicação de boas práticas de atenção ao parto está nitidamente associada à avaliação que as mulheres fazem sobre o cuidado recebido.

Em contraponto, evidenciou-se nos discursos das mulheres, situações que configuram violência obstétrica, violência institucional e verbal, destacando os cuidados realizados sem evidências científicas e associados ao sofrimento, inadequado acolhimento, demora no atendimento e a falta de privacidade no momento do parto.

Estudo aponta que a assistência para ser satisfatória também deve ser envolvida de pouca dor e sofrimento, bem como sem complicações para o binômio,⁴ dessa maneira, cuidados não embasados em evidências científicas devem ser evitados.

Intervenções relatadas neste estudo, como amniotomia, uso de ocitocina e jejum, não promovem benefícios quando o trabalho de parto tem evolução fisiológica, ao contrário, podem levar a intercorrências.⁵

As práticas reveladas pelas puérperas e que configuram violência, contribuem para uma visão negativa do parto, o que pode levá-las a optarem pela operação cesariana, pelo receio de vivenciarem parto doloroso e repleto de intervenções.^{3,19-21}

O atendimento prestado às puérperas com atitudes grosseiras e sem a atenção devida não é compatível com atitudes de acolhimento, definido como ação e atitude de inclusão, de empatia,²² sendo considerado um dos pilares da humanização dos serviços de saúde.²³

Mulheres acolhidas carinhosamente pelos profissionais no primeiro atendimento sentem-se mais satisfeitas com o atendimento, pois isso configura-se como medida de alívio para os medos e receios provenientes do processo parturitivo, sendo assim, os profissionais que realizam o acolhimento precisam estar sensibilizados para entender esse processo.²⁴

A falta de privacidade, associada ao nervosismo no discurso das puérperas, também se configura como violência, tornando o ambiente menos acolhedor.¹⁶ Essa situação é especialmente desfavorável nas salas de parto, onde tende a impactar negativamente nas experiências das mulheres.²⁵

Assim, destaca-se que o cuidado à mulher durante o trabalho de parto e parto, não deve ser embasado somente em tecnologias duras, mas principalmente nas tecnologias leves, que envolvam a empatia, a preocupação, o interesse, a motivação, a gentileza, o respeito, o acolhimento.⁹

Constitui limitação deste estudo a forma como as mulheres foram selecionadas para participação, que não garante representar a diversidade das possíveis participantes.

Considerações Finais

Após análise e interpretação dos discursos, considera-se que o objetivo foi alcançado, tendo em vista que foi possível compreender as experiências e expectativas das puérperas quanto a assistência recebida no parto.

Embora as puérperas apontem problemas na estrutura física das maternidades, elas demonstraram satisfação com o cuidado recebido durante ao parto, especialmente quando estavam apoiadas pela equipe de saúde.

Entretanto, em alguns discursos emergiram situações de violência obstétrica, com o uso de intervenções desnecessárias, o não acolhimento e a falta de privacidade. Foi colocado que uma das maneiras de evitar tal violência é por meio de atitudes simples, de curto prazo e que não requerem investimentos, mas sim sensibilização de profissionais e o cumprimento do que é preconizado pelas políticas públicas de atenção ao parto: o cuidado humanizado, baseado em evidências científicas, no respeito à individualidade e aos direitos das mulheres.

Em síntese, os discursos demonstram que ainda há cuidados não embasados em evidências científicas e a necessidade da desconstrução do modelo tecnocrático de atenção ao parto, adotando, ao contrário, as boas práticas de atenção ao parto.

Referências

1. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2014 [cited 2019 ago 12]; 61:278-84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12102>. <https://doi.org/10.1111/inr.12102>.
2. Milfont PMS, Silva VM, Chaves DBR, Beltrão BA. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. *Online braz J Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 20];10(3).
3. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 26 ago 2019]; 30(Suppl 1): S154-S168 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
4. Bezerra HS, Melo TFV, Oliveira DA. Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso 20 ago 2019]; 11(5):1852-7.
5. Guida NFB, Pereira ALF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura AV. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso 20 ago 2019]; 18(4):543-50.
6. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 23 ago 2019]; 23(2): 502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf
7. Oms. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
8. Dettrick Z, Firth S, Soto EJ. Do strategies to improve quality of maternal and child health care in lower and middle income countries lead to improved outcomes? A review of the evidence. *Plos One*. 2013;8, e83070.
9. Sabino VGRS, Costa NS, Bracarense CF, Duarte JMG, Simões ALA. Percepção das puérperas sobre a assistência recebida durante o parto. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso 12 ago 2019]; 11(10):3913-9.
10. Boryri T, Noori NM, Teimori A, Yaghonobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study).

Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2016 [cited 2019 ago 15];21(3):239-46. doi: <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180386>.

11. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso 24 ago 2019]; 29(12):2436-46. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a09.pdf>

12. Bruggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayesk ME. Filosofia Assistencial de Uma Maternidade-Escola: Fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. Texto e Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 25];20(4):658-668. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>

13. Velho MB, Santos EKA, Bruggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. Texto Contexto Enferm [Internet] 2012 [acesso 12 ago 2019];21(2):458-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026>

14. Rett MT, Oliveira DM, Soares ECG, Santana JM, Araújo KCGM. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. ABCS Health Sci [Internet]2017 [cited 2019 go 12]; 42(2):66-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshts.v42i2.1005>

15. Luz NF, Assis TR, Rezende FR. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. ABCS Health Sci [Internet] 2015 [cited 2019 ago 23];40(2):80-4. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshts.v40i2.735>

16. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. Srivastava et al. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 22];15:97

17. Bruggemann OM, Koettker JG, Velho MB, Monguilhott JJC, Monticelli M. Satisfação dos acompanhantes com a experiência de Apoiar a parturiente em um hospital universitário. Texto Contexto Enferm [Internet] 2015 [acesso 22 ago 2019]; 24(3): 686-96.

18. Serruya SJ. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! Cad Saúde pública [Internet]. 2014 [acesso 26 ago 2019]; 30 (Sup):36-7.

19. Leal LM, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reprod Health [Internet]. 2012 [cited 2019 ago 12];9:15. doi: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>.

20. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its

prevention. J Hum Growth Dev [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 22]; 25(3):377-84. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

21. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface [Internet]. 2017 [acesso 22 ago 2019];21(60):209-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) ISBN 978-85-334-1973-5

23. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coêlho DMM, Feitosa VC, et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 10];5(3):521-30. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14471/pdf>

24. Dulfe PAM, Barcellos JG, Alves VH, Rodrigues DP, Pereira AV, Silva AG. A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [acesso 25 ago 2019];11(Supl. 12):5402-16.

25. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 22];2:93–99.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar a atenção ao parto normal em maternidades de referência para o atendimento ao parto SUS no município de Londrina-PR, com enfoque na humanização do cuidado, pode-se perceber que a assistência prestada ainda se apresenta inadequada, visto que as intervenções obstétricas apresentaram prevalência elevada. O uso de ocitocina e a rotura artificial das membranas foram as intervenções mais frequentes, o que pode demonstrar serem práticas rotineiras, mesmo na ausência de comprovação científica. Os fatores associados a essas práticas foram a vigência de patologia e a presença de mecônio intraparto. Ressalta-se que as mulheres internadas na fase ativa do trabalho de parto foram submetidas a menor número de intervenções, o que permite concluir que ao respeitar o processo fisiológico do trabalho de parto e parto dispensam-se intervenções, com a espera da evolução fisiológica de todo processo.

Contudo, mesmo com esse perfil de assistência, as mulheres, identificaram a qualidade como adequada quanto ao atendimento recebido. Sendo que a qualidade adequada esteve associada com as mulheres que tinham história anterior de parto vaginal, que realizaram pré-natal e que receberam ocitocina durante o trabalho de parto.

Tendo em vista esses resultados, levanta-se a hipótese explicativa que as mulheres mais informadas, com história de parto anterior e com atendimento pré-natal, percebem a qualidade adequada da assistência. Nesse contexto, sugere-se que as mulheres sejam amplamente informadas a respeito do processo de trabalho de parto e nascimento, para que consigam compreender a assistência prestada e, assim, participar mais ativamente, buscando a diminuição de intervenções desnecessárias e também o estímulo às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto. Essas informações devem ser oferecidas durante o pré-natal e complementadas na maternidade.

Para compreensão quanto ao fato da qualidade adequada da assistência associada ao uso de ocitocina, merece maior aprofundamento, sendo necessário estudos posteriores.

Ao ouvir as mulheres, buscando suas percepções sobre a

Considerações Finais

assistência recebida no parto, emergiu a satisfação com o cuidado recebido, pois estavam apoiadas pela equipe de saúde, mesmo percebendo que a estrutura física apresentava problemas.

Entretanto, também foram percebidas situações de violência obstétrica, que podem ser reprimidas com atitudes simples, de curto prazo e que não requerem investimentos, mas sim sensibilização de profissionais e o cumprimento do que é preconizado pelas políticas públicas de atenção ao parto, que é o cuidado humanizado baseado em evidências científicas, no respeito à individualidade e aos direitos das mulheres.

Portanto, recomenda-se que sejam realizadas pesquisas futuras, a fim de explorar outros aspectos que englobem a qualidade da assistência e, também, abordar a perspectiva de outros atores envolvidos, como os profissionais da saúde e os acompanhantes.

REFERÊNCIAS

ADDISU, D. et al. Prevalence of meconium stained amniotic fluid and its associated factors among women who gave birth at term in Felege Hiwot comprehensive specialized referral hospital, North West Ethiopia: a facility based cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 18, p. 429, 2018.

AKCA, A. et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. **Archives Gynecology and Obstetrics**. v. 295, n. 5, p. 1127-1133, 2017.

ANDRADE, P.O.N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.

AZEVEDO, A.C. Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade**. v. 1, n. 1, pp. 49-54, 1993.

BALDISSEROTTO, M.L.; THEME FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reproductive Health**. v. 13, (supl 3), p. 124, 2016.

BARBETTA, P.A. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8 ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320p.

BARBIERI, A. et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-39, 2012.

BÉLANGER-LÉVESQUE, M.N et al. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. **BMJ Open**. v. 4, n. 2, p. 1-7, 2014.

BERTUCCI, V. et al. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. **Midwifery**. v. 28, n. 2, p. 265-274, 2012.

BEZERRA, H.S., MELO, T.F.V., OLIVEIRA, D.A. Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2017 [acesso 20 ago 2019]; 11(5):1852-7.

BORYRI, T., NOORI, N.M., TEIMORI, A., YAGHONOBINIA, F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative

study). **Iran J Nurs Midwifery Res** [Internet]. 2016 [cited 2019 ago 15];21(3):239-46. doi: <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180386>.

BRASIL. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000. p.112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 28p.

BRASIL. Presidência da República. Diário Oficial da União. **Lei Nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 82p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação do Programa Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011b. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459/GM**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) ISBN 978-85-334-1973-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade: **C.3 razão de mortalidade materna**. 2015. [citado 2016 Dez 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/C03b.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 51 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Apice on - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde. Nascimento por residência da mãe/Tipo de parto/Município, 2017c.

BROWN, H.C. et al. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 16, n. 9, 2013.

BRUGGEMANN, O.M., MONTICELLI, M., FURTADO, C., FERNANDES, C.M., LEMOS, F.N., GAYESK, M.E. Filosofia Assistencial de Uma Maternidade-Escola: Fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto e Contexto Enferm** [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 25];20(4):658-668. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>

BRÜGGEMANN, O.M., KOETTKER, J.G., VELHO, M.B., MONGUILHOTT, J.J.C., MONTICELLI, M. Satisfação dos acompanhantes com a experiência de Apoiar a parturiente em um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm** [Internet] 2015 [acesso 22 ago 2019]; 24(3): 686-96.

CORTÉS, M.S. et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

CUNHA, A.A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**. v. 39, n. 12, p. 549-554, 2011.

CRUZ, V.A.G. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2009.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

D'ORSI, E. et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, (Suppl 1), S154-S168, 2014.

- DAYE, D.K. et al. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 14, p. 54, 2014.
- DETTRICK, Z., FIRTH, S., SOTO, E.J. Do strategies to improve quality of maternal and child health care in lower and middle income countries lead to improved outcomes? A review of the evidence. **Plos One**. 2013;8, e83070.
- DINIZ, S.G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
- DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**. v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.
- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C. & WYSZEWLANSKI, L., Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**. v., 20, p. 975-992, 1982.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can it be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. **Northfield**. v. 114, p. 115-1118, 1990.
- DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L.; FRANK, J. (Org). **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antología. Washington, DC: OPAS, 1992.
- DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**. v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.
- DULFE, P.A.M., BARCELLOS, J.G., ALVES, V.H., RODRIGUES, D.P., PEREIRA, A.V., SILVA, A.G. A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. **Rev enferm UFPE on line** [Internet].2017 [acesso 25 ago 2019];11(Supl. 12):5402-16.
- FAIR, C.D.; MORRISON, T.E. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control and birth satisfaction among primiparous women. **Midwifery**. v, 28, p. 39-44., 2012.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

- FORTES, M.T.; MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. Acreditação ou creditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n.2, pp. 239-246, 2011.
- FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. v. 14, n. 28, p. 139-152. 2004.
- GALOTTO, F. Durante crise, Londrina sobe no ranking do PIB. **Jornal Folha de Londrina**, Londrina, 15 de Dezembro de 2018.
- GARTHUS-NIEGEL, S. et al. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. **Archives of Women's Mental Health**. v. 16, p. 1-10, 2013.
- GIOVANINI, M.D. **Rede Cegonha: da concepção à implantação** [monografia]. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública, 2013.
- GUIDA, N.F.B., PEREIRA, A.L.F., LIMA, G.P.V., ZVEITER, M., ARAÚJO, C.L.F., MOURA, A.V. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. **Rev Rene** [Internet]. 2017 [acesso 20 ago 2019]; 18(4):543-50.
- HAINES, H.M. et al. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**. n.12, p.55, 2012.
- HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A. et al. Variabilidad en la tasa de episiotomias y su relación com desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. **Enfermería clínica**. v. 24, n. 5, p. 269-275, 2014.
- HIERSCH, L. et al. Effect of meconium amniotic fluid on perinatal complications in low-risk term pregnancies. **American Journal of Perinatology**. v. 33, n. 4, p. 378-384, 2016.
- HODNETT, E.D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 7, CD003766, 2013.
- HUÇULAK, M.C.; PETERLINI, O.L.G. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p 77-86, 2014.
- HUMPHREY, T.; TUCKER, J.S. Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. **Journal of Public Health**. v. 31, n. 1, p. 88-94, 2009.

- IBGE. **Séries estatísticas e séries históricas**. 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados. Acesso em: 31 de agosto de 2016.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA; 2014. 208p.
- JAMAS, M.T., HOGA, L.A.K., REBERTE, L.M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2013 [acesso 24 ago 209]; 29(12):2436-46. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a09.pdf>
- JHA, P. et al. Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. **Global Health Action**. v. 10, n. 1, p.1386932, 2017.
- KARKEE, R.; LEE, A.H.; POKHAREL, P.K. Women's perception of quality of maternity services: a longitudinal survey in Nepal. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 14, p. 45, 2014.
- KARLSTRÖM, A., NYSTEDT, A., HILDINGSSON, I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. **Sex Reprod Healthc** [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 22];2:93–99.
- LEAL, M.C. et al. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, supl 1, 2014.
- LEAL, L.M., SILVA, A.A.M., DIAS, M.A.B., GAMA, S.G.N., RATTNER, D., MOREIRA, M.E., et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health** [Internet]. 2012 [cited 2019 ago 12];9:15. doi: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>
- LEFEVRE, F., LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2014 [acesso 23 ago 2019]; 23(2): 502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf
- LONDRINA. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

- LUZ, N.F., ASSIS, T.R., REZENDE, F.R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Sci** [Internet] 2015 [cited 2019 ago 23];40(2):80-4. <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i2.735>
- MAIA, M.B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo, 1998.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2013. 277p.
- MATOS, G.C.et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 7, n. esp., p. 870-878, 2013.
- MEDEIROS, R.M.K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016.
- MELESE, T. et al. Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. **The Pan African Medical Journal**. n. 17, p. 76, 2014.
- MILFONT, P.M.S., SILVA, V.M., CHAVES, D.B.R., BELTRÃO, B.A. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. **Online braz J Nurs** [Internet]. 2011 [cited 2019 ago 20];10(3).
- MILLER, Y.D.; PROSSER, S.J.; THOMPSON, R. Become public: Does risk and choice explain differences in cesarean rates between public and private birth places in Australia? **Obstetrics**. v. 28, p. 627-635, 2012.
- MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social**: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-29.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (13ª Ed). São Paulo, SP: Editora Hucitec. 2013.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org). 6ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. 244 pp.

MOHAMMAD, K.I. et al. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. **International Nursing Review**. v. 61, p. 278-284, 2014.

MONTE, A.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico puerperal. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 27, n. 3, p. 265-176, 2013.

MONTESHIO, L.V.C. et al. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. **Ciência Cuidado & Saúde**. v. 15, n. 4, p. 591-198, 2016.

MORAIS, M.M. **Avaliação da atenção pré-natal da estratégia saúde da família no município e Santa Helena de Goiás** [dissertação]. Goiânia: Pontífica Universidade Católica de Goiás, 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009

MOTTA, C.C.L.; CREPALDI, M.A. O pai no parto e o apoio emocional: perspectiva da parturiente. **Paidéia**. Ribeirão Preto. n. 15, v. 30, p. 105-18, 2005.

NAGAHAMA, E.E.I. **A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto: uma avaliação da qualidade**. Tese. Universidade Estadual de Campinas, 2007.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 609-615, 2008.

NASCIMENTO, R.R.P. et al. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, esp., p. 119-126, 2015.

NILSSON, C. et al. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. **Women Birth**. v. 25, p. 114-121, 2012.

NOGUEIRA, P.N.; **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

NOVAES, H.M., PAGANINI, J.M.; **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais** (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/94.05).

OLIVEIRA, F.A.M. et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n. 36, (esp), p. 177-84, 2015.

OLIVEIRA, N.R.G. et al. Assistance to Normal Delivery in Two Public Maternities: Perception of the Health Professionals. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 39, p. 202-208, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra; 1996.

OMS. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova Iorque: ONU; 2000. Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

OSAVA, R.H. et al. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 6, p. 1023-1029, 2012.

OSÓRIO, S.M.B.; SILVA JÚNIOR, L.G.; NICOLAU, A.I.O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista Rene**. v. 15, n. 1, p. 174-184, 2014.

PAGANINI, J.M.; **Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estrutura, proceso y resultado**. Washington (USA):OPS; 1993.

PALADINI, E.P.; **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas. 1995. 286 p.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. n. 8, v. 1, p. 113-124, 2008.

PARANÁ. Secretaria do Estado do Paraná - SESA/PR. **Programa Rede Mãe Paranaense**. Linha guia. SESA-PR: Curitiba PR 2012.

PARANÁ. Secretaria do Estado do Paraná - SESA/PR. **VI Encontro Estadual da Rede Mãe Paranaense**. SESA: Curitiba PR 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde - SESA. **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2012.

PEARSON, A. Evidence synthesis and its role in evidence-based health care. **Nursing Clinics of North America**. v. 49, n. 4, p. 453-460, 2014.

- PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Sociedade**. v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.
- PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.4, p. 1024-1031, 2010.
- POH, H.L. et al. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. **Midwifery**. v. 30, n. 6, p. 779-787, 2014.
- PROSSER, S.J.; BARNETT, A.; MILLER, Y.D. Factors promoting or inhibiting normal birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 18, p. 241, 2018.
- REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.
- REIS, C.S.C. et al. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**. v. 1, n. 1, p. 7-11, 2014.
- REIS, C.C. et al. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia y enfermería**. n. 2, p. 45-56, 2017.
- RETT, M.T., OLIVEIRA, D.M., SOARES, E.C.G., SANTANA, J.M., ARAÚJO, K.C.G.M. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. **ABCS Health Sci** [Internet] 2017 [cited 2019 ago 12]; 42(2):66-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1005>
- RIBEIRO, J.F., LIMA, M.R., CUNHA, S.V., LUZ, V.L.E.S., COELHO, D.M.M., FEITOSA, V.C., et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Rev Enferm UFSM** [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 10];5(3):521-30. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14471/pdf>
- ROBSON, C. **Real World Research**: A resource for social scientists and practitioner – reserchers. Blackwell, 1998.
- RYAN, R.; MCCARTHY, F. Induction of labour. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**. v. 26, n. 10, p. 304-310, 2016.
- SAAD, D.E.A. **Autonomia profissional da enfermeira obstétrica**. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo, 2008.
- SABINO, V.G.R.S., COSTA, N.S., BRACARENSE, C.F., DUARTE, J.M.G., SIMÕES, A.L.A. Percepção das puérperas sobre a assistência recebida

- durante o parto. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2017 [acesso 12 ago 2019]; 11(10):3913-9.
- SANTOS, L.M. et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 4, n. 3, p. 2655-2666, 2012.
- SANTOS, I.S.; OKAZAKI, E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem UNISA**. v. 13, n. 1, p. 64-68, 2012.
- SANTOS, C.L. et al. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. **Revista de Enfermagem UFSM**. v. 6, n. 2, p. 186-197, 2016.
- SANTOSA, R.C.S.; RIESCO, M.L.G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, (esp), e68304, 2016.
- SAPKOTA, S.; KOBAYASHI, T.; TAKASE, M. Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal. **Midwifery**. v. 28, n. 1, p. 45-51, 2012.
- SAWYER, A. et al. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 13, p. 108, 2013.
- SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**. v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014.
- SCHETTINI, N.J.C.; GRIBOSKI, R.A.; FAUSTINO, A.M. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 11, (Supl. 2), p. 932-940, 2017.
- SENA, L.M., TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface** [Internet]. 2017 [acesso 22 ago 2019];21(60):209-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
- SERRUYA, S.J. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cad Saúde pública** [Internet]. 2014 [acesso 26 ago 2019]; 30 (Sup):36-7.
- SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.10, n.1, p. 80-91, 1994.
- SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**. n. 19, v. 3, p. 424-431, 2015.
- SILVEIRA, S.C.; CAMARGO, B.V.; CREPALDI, M.A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010.

- SMITH, R.M.D.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 6, CD006167, 2013.
- SOUZA, J.P.; CASTRO, C.P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30 (supl), 2014.
- SOUZA, T.G.; GAÍVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n. 32, v. 3, p. 479-86. 2011.
- SRIVASTAVA, A, AVAN, B.I., RAJBANGSHI, P., BHATTACHARYYA, S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. Srivastava et al. **BMC Pregnancy and Childbirth** [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 22];15:97.
- TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão**. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.
- TINGSTIG, C. et al. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. **BIRTH**. v. 39, p. 106-114, 2012.
- TOSTES, N.A.; SEIDL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**. v. 24, n. 2, p.681-693, 2016.
- TREACY, L.; SAGBAKKEN, M. Exploration of perceptions and decision-making processes related to childbirth in rural Sierra Leone. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 15, p 87, 2015.
- TURKSTRA, E. et al. Health services utilization of women following a traumatic birth. **Archives of Women's Mental Health**. v. 18, p. 829-832, 2015.
- VAIN, N.E.; BATTON, D.G. Meconium "aspiration" (or respiratory distress associated with meconium-stained amniotic fluid?). **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. v. 2, n. 4, p. 214-219, 2017.
- VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J.M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**. v. 21, n. 1, p. e20170015, 2017.
- VELASQUE, E.A.G.; CABRAL, F.B.; PRADEBON, V.M. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. **Revista de Enfermagem UFSM**. v. 1, n. 1, p. 80-87. 2011.

- VELHO, M.B.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 63, v. 4, p. 652-9. 2010.
- VELHO, M.B., SANTOS, E.K.A., BRÜGGEMANN, O.M., CAMARGO, B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm** [Internet] 2012 [acesso 12 ago 2019];21(2):458-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026>
- VIEIRA, M.J.O. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 18, e1166, 2016.
- VOGT, S.E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 9, p.1789-800, 2011.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para o debate**, Londrina, n. 3, p. 17-24, 1991.
- XAVIER, R.B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 18, v. 4, p. 1161-1171, 2013.
- WEI, S. et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 7, n. 8, CD006794, 2013.
- WHO. World Health Organization The world health report 2000: **health systems: improving performance**. Geneve: WHO; 2000.
- WHO. World Health Organization. **Strategies toward ending preventable maternal mortality** (EPMM) 2015.
- WHO. World Health Organization. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization 2018.
- WILDE-LARSSON, B. et al. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**. v. 20, p 1168–1177, 2011.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Puérpera**“Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”, a ser realizada em “Londrina-Pr”. O objetivo da pesquisa é “Analisar a atenção ao parto normal em duas maternidades de referência para o atendimento ao parto SUS no município de Londrina-Pr, com enfoque na humanização do cuidado”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de entrevistas, que serão gravadas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As gravações das entrevistas serão guardadas por um período de 5 anos e após serão destruídas.

Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

O benefício esperado é melhorar a atenção ao parto normal. Não há riscos na realização da pesquisa.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto, end. Av. Robert Koch, n. 60, telefone: 43 – 3024-5852 / 9972-2848, e mail: tomeleri@yahoo.com.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Apêndice 1

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável - Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

RG: 6.316.908-0

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Puérpera Menor**“Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-lo(a), responsável pela menor _____ para participar da pesquisa “Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”, a ser realizada em “Londrina-Pr”. O objetivo da pesquisa é “Analisar a atenção ao parto normal em duas maternidades de referência para o atendimento ao parto SUS no município de Londrina-Pr, com enfoque na humanização do cuidado”. A participação da menor é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de entrevistas, que serão gravadas.

Esclarecemos que a participação da menor é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se que ela participe, ou mesmo que desista a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à menor. Esclarecemos, também, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As gravações das entrevistas serão guardadas por um período de 5 anos e após serão destruídas.

Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada pela participação na pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

O benefício esperado é melhorar a atenção ao parto normal. Não há riscos na realização da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto, end. Av. Robert Koch, n. 60, telefone: 43 – 3024-5852 / 9972-2848, e mail: tomeleri@yahoo.com.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado

Apêndice 2

junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável - Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

RG: 6.316.908-0

____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), representante legal da menor _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo que a menor participe **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura do menor (ou impressão dactiloscópica): _____

Assinatura do responsável(ou impressão dactiloscópica): _____

Apêndice 3 – Instrumento para Visita/Observação das maternidades (check list).

Planta Física

Indicador	Possui	
1. Admissão situada no térreo ou lugar de fácil acesso	() Sim	() Não
2. Há sala de espera adequada	() Sim	() Não
3. Existe sala de exame individual	() Sim	() Não
4. Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	() Sim	() Não
5. a) Cada consultório dispõe de banheiro b) Há apenas um banheiro para toda a recepção	() Sim	() Não
6. Há um banheiro contíguo à sala de espera	() Sim	() Não

Setor de Recepção

Pré-parto, Sala de parto e Centro Cirúrgico

7. Salas de pré-parto com três leitos ou menos	() Sim	() Não
8. Há espaço para o acompanhante no pré-parto	() Sim	() Não
9. Salas de parto individuais	() Sim	() Não
10. Uma sala de parto para cada 10 leitos de internação	() Sim	() Não
11. a) Local de atendimento ao RN contíguo à sala de parto b) Local de atendimento do RN contíguo à sala de parto, porém não ao centro cirúrgico	() Sim	() Não
12. Centro cirúrgico contíguo à sala de parto	() Sim	() Não
13. Áreas de lavabo individuais no centro cirúrgico e centro obstétrico	() Sim	() Não
14. Torneiras automáticas nos lavabos	() Sim	() Não
15. Um leito de recuperação para cada 10 leitos de internação	() Sim	() Não
16. Há posto de enfermagem no centro obstétrico	() Sim	() Não
17. Há sala de estar para os profissionais do serviço	() Sim	() Não
18. Há vestiário para os profissionais	() Sim	() Não

Alojamento Conjunto ou Enfermaria

19. Serviços de obstetrícia e neonatologia formam uma unidade arquitetônica	() Sim	() Não
20. Há alojamento conjunto	() Sim	() Não
21. Há enfermarias para alto risco com menos de 5 leitos	() Sim	() Não
22. As enfermarias de puerpério tem menos de 7 leitos	() Sim	() Não
23. Cada leito com seu berço ocupam no mínimo 5m ²	() Sim	() Não
24. Cada enfermaria dispõe de pia para lavar as mãos	() Sim	() Não
25. Existe um banheiro completo para cada 6 leitos de internação	() Sim	() Não
26. Iluminação natural adequada	() Sim	() Não
27. Luz individual para cada 2 leitos	() Sim	() Não
28. O posto de enfermagem é visível	() Sim	() Não
29. Há sala de procedimentos	() Sim	() Não
30. Há sala ou escritório para médicos e enfermeiros	() Sim	() Não
31. Sala para secretária e arquivo	() Sim	() Não

Unidade em Geral

32. Há setor de isolamento	() Sim	() Não
33. Há unidade de Terapia Intensiva na maternidade ou Hospital	() Sim	() Não
34. Há sistema para regular a temperatura ambiente	() Sim	() Não

Apêndice 3

35. Dispõe de oxigênio e aspiração central providos por tubulação no Centro Obstétrico e enfermarias	☐ Sim	☐ Não
36. Pisos e paredes laváveis	☐ Sim	☐ Não
37. Salas disponíveis para atividades docentes ou educação em saúde	☐ Sim	☐ Não

Recursos Materiais**Cada sala de exame do setor de admissão possui:**

38. Leito com grades	☐ Sim	☐ Não
39. Escrivaninha	☐ Sim	☐ Não
40. Cadeiras	☐ Sim	☐ Não
41. Balança para adultos	☐ Sim	☐ Não
42. Estetoscópio e esfignomanômetro	☐ Sim	☐ Não
43. Pinard ou sonar	☐ Sim	☐ Não
44. Mesa ginecológica	☐ Sim	☐ Não
45. Banco giratório	☐ Sim	☐ Não
46. Fita métrica	☐ Sim	☐ Não
47. Foco de luz	☐ Sim	☐ Não
48. Material para exame ginecológico	☐ Sim	☐ Não
49. Escadinha	☐ Sim	☐ Não

No setor de recepção há:

50. Espéculos e pinças Cheron	☐ Sim	☐ Não
51. Recipiente com tampa para material usado	☐ Sim	☐ Não
52. Cuba rim	☐ Sim	☐ Não

Centro Obstétrico, centro Cirúrgico e Recuperação**Cada Sala de pré-parto tem:**

53. Leitos de pré-parto	☐ Sim	☐ Não
54. Uma mesa de cabeceira para cada leito	☐ Sim	☐ Não
55. Foco de luz	☐ Sim	☐ Não
56. Suporte de soro	☐ Sim	☐ Não
57. Estetoscópio e esfignomanômetro	☐ Sim	☐ Não
58. Pinard ou Sonar	☐ Sim	☐ Não

No pré-parto existe:

59. Espaço para deambulação	☐ Sim	☐ Não
60. Equipamento para amniocentese	☐ Sim	☐ Não
61. Monitor fetal	☐ Sim	☐ Não

Cada sala de parto tem:

62. Mesa de parto	☐ Sim	☐ Não
63. Escadinha	☐ Sim	☐ Não
64. Foco de luz	☐ Sim	☐ Não
65. Banco giratório	☐ Sim	☐ Não
66. Suporte para soro	☐ Sim	☐ Não
67. Estetoscópio e esfignomanômetro	☐ Sim	☐ Não
68. Pinard ou Sonar	☐ Sim	☐ Não
69. Pacote de roupa esterilizada	☐ Sim	☐ Não
70. Mesa para instrumental cirúrgico	☐ Sim	☐ Não

Para cada duas salas de parto há:

Apêndice 3

71.Caixa de material de sutura	() Sim	() Não
72.Material de curagem e revisão de colo	() Sim	() Não
73. Caixas de fórceps	() Sim	() Não

No centro Cirúrgico há:

74.Mesa de cirurgia e de instrumental cirúrgico	() Sim	() Não
75.Equipamento e materiais de anestesia	() Sim	() Não
76.Suporte para soro	() Sim	() Não
77.Foco de luz	() Sim	() Não
78.Conjunto de fórceps	() Sim	() Não
79.Roupa esterilizada (aventais e campos cirúrgicos)	() Sim	() Não

No setor de internação

80.Macas com grades	() Sim	() Não
81.Colchões e travesseiros laváveis	() Sim	() Não
82.Sistema de comunicação entre paciente e o posto de enfermagem	() Sim	() Não
83.Balança para adulto	() Sim	() Não
84.Um móvel para guardar objetos por leito	() Sim	() Não

Recursos Humanos

85.Chefe da unidade é obstetra	() Sim	() Não
86.Chefe da unidade tem capacitação em administração de serviços de saúde	() Sim	() Não
87.Chefe da unidade dedica 4 horas por dia ao serviço	() Sim	() Não
88.Há no mínimo 3 horas/médicas por paciente de alta	() Sim	() Não
89.Há médicos residentes	() Sim	() Não
90.Há médicos de plantão 24 horas por dia	() Sim	() Não
91.Há uma enfermeira na chefia da maternidade	() Sim	() Não
92.Enfermeira chefe tem capacitação em administração de serviços de saúde	() Sim	() Não
93.Há anestesista de plantão 24 horas por dia	() Sim	() Não
94.Há um faxineiro por cada setor por turno	() Sim	() Não
95.Há assistente social	() Sim	() Não
96.Há funcionário administrativo	() Sim	() Não
97.Há nutricionista	() Sim	() Não
98.Dispõe de outros especialistas quando necessário	() Sim	() Não
99.Há uma enfermeira supervisora por turno de 24 horas por dia	() Sim	() Não

Há uma auxiliar de enfermagem

100.Para cada 2 ou 3 salas por turno na recepção	() Sim	() Não
101.Uma para cada sala de parto por turno	() Sim	() Não
102.Uma para cada 6 leitos de internação por turno	() Sim	() Não

Normas e procedimentos

103.Há normas escritas de atendimento, estudos e tratamento	() Sim	() Não
104.Dados do pré-natal constam no prontuário de internação	() Sim	() Não
105.O chefe do serviço faz uma ou mais visitas às enfermarias por semana	() Sim	() Não
106.A história clínica é atualizada diariamente	() Sim	() Não
107.realiza-se necropsia sistematicamente	() Sim	() Não

Apêndice 3

108. Há anatomopatológico da placenta nos casos de óbito fetal sistematicamente	() Sim	() Não
109. Há normas para interconsulta com outras especialidades	() Sim	() Não
110. parto normal realizado por enfermeira ou médico	() Sim	() Não
111. a) Pediatra em todos os partos b) Pediatra nos partos de alto risco	() Sim	() Não
112. Médicos conhecem e usam as normas de atendimento obstétrico adaptadas à realidade local	() Sim	() Não
113. Normas escritas de enfermagem obstétricas na unidade	() Sim	() Não
114. Enfermeira chefe visita regularmente todo serviço	() Sim	() Não
115. Prescrições em prontuários individuais	() Sim	() Não
116. Dispõe de impresso próprio para anotação de enfermagem	() Sim	() Não
117. Todas as enfermeiras conhecem as normas de atendimento obstétrico adaptadas à realidade local	() Sim	() Não
118. Dietas são supervisionadas por nutricionista	() Sim	() Não
119. Todo o pessoal é submetido a exame médico de admissão	() Sim	() Não
120. Exame médico é repetido anualmente e após doença infectocontagiosa	() Sim	() Não

Materiais de Consumo

121. Dispõe de medicamentos básicos normatizados	() Sim	() Não
122. Há material de enfermagem (algodão, gaze, agulhas, etc.)	() Sim	() Não
123. Há roupa limpa ou descartável regularmente	() Sim	() Não
124. Há roupas e absorventes para as mães	() Sim	() Não
125. Há roupas e fraldas descartáveis para o RN	() Sim	() Não
126. Há luvas esterilizadas	() Sim	() Não
127. Há toalhas descartáveis para as mãos	() Sim	() Não
128. Há material de secretaria	() Sim	() Não
129. Há peças de reposição para manutenção de aparelhos	() Sim	() Não
130. Há materiais para coleta de exames laboratoriais	() Sim	() Não
131. Há máscara, gorro e aventais no centro cirúrgico	() Sim	() Não
132. Há material educativo	() Sim	() Não
133. Há equipamento audiovisual	() Sim	() Não
134. Não houve falta dos materiais acima nos últimos 3 meses	() Sim	() Não

Educação em Saúde

135. Há programa de educação permanente para enfermeiras	() Sim	() Não
136. Realizam-se atividades sistemáticas educativas no Alojamento Conjunto	() Sim	() Não
137. As mães são treinadas nos cuidados com o RN	() Sim	() Não
138. Faz-se promoção do aleitamento materno	() Sim	() Não
139. As mães são orientadas a resolver problemas comuns da amamentação	() Sim	() Não
140. As crianças são encaminhadas para puericultura	() Sim	() Não
141. As mães são orientadas sobre planejamento familiar	() Sim	() Não
142. Não há uso rotineiro de mamadeiras e chucas	() Sim	() Não
143. Não há uso rotineiro de chupeta	() Sim	() Não

Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Gestor**“Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa “Avaliação dos cuidados ao Parto Normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil”, a ser realizada em “Londrina-Pr”. O objetivo da pesquisa é “Analisar a atenção ao parto normal em duas maternidades de referência para o atendimento ao parto SUS no município de Londrina-Pr, com enfoque na humanização do cuidado”. Sua participação é muito importante e ela se dará através de entrevista.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade

Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

O benefício esperado é melhorar a atenção ao parto normal. Não há riscos na realização da pesquisa.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto, end. Av. Robert Koch, n. 60, telefone: 43 – 3024-5852 / 9972-2848, e mail: tomeleri@yahoo.com.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Apêndice 4

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável - Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

RG: 6.316.908-0

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Apêndice 5 - Número de Nascidos Vivos, Partos cesáreos e óbitos maternos entre 2012 – 2016.**- Número de Nascidos Vivos:**

2012: _____

2013: : _____

2014: : _____

2015: : _____

2016: : _____

- Número de Partos cesáreos:

2012: : _____

2013: : _____

2014: : _____

2015: : _____

2016: : _____

- Números de Óbitos Maternos:

2012: : _____

2013: : _____

2014: : _____

2015: : _____

2016: : _____

Apêndice 6 – Etapas de desenvolvimento da pesquisa

Componente	Etapa	Indicadores	Variáveis	Fonte de dados	Forma de Avaliação
Estrutura	1	Recursos físicos e materiais humanos; Normas e procedimentos; Educação em saúde	Referentes à: - Planta física; - Recursos materiais; - Recursos humanos; - Normas e procedimentos; - Educação em saúde.	Visita/observação das maternidades e entrevista com o gestor	Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, BRASIL, 2002.
Processo	2	Caracterização das puérperas.	- Características sociodemográficas: idade, procedência, situação conjugal, escolaridade, ocupação; - Admissão/história obstétrica: n° de gestações, n° de abortos, n° de partos anteriores, n° de cesárias prévias, n° de consultas de pré-natal, idade gestacional, tipo de parto.	Entrevista com as puérperas, Cartão de Saúde da Gestante.	Escala de escores.
		Assistência humanizada ao trabalho de parto e parto.	- Assistência ao trabalho de parto: fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem, presença de acompanhante, uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, oferecimento de líquidos por via oral; - Assistência o parto: fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem, presença de acompanhante no parto, contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto.		

Apêndice 6

	3	Intervenções Obstétricas	- Condições da internação: dilatação cervical, dinâmica uterina, estado das membranas, características do líquido amniótico, patologia prévia à gestação, abertura de partograma, número de anotações no partograma, período máximo entre duas anotações; - Intervenções obstétricas: rotura das membranas, indução com ocitocina, analgesia de parto, cardiotocografia; - Características do Parto: posição do parto, local do parto, tipo de parto, condições do períneo após parto vaginal; - Condições perinatais: mecônio intraparto, Índice de Apgar, peso do recém-nascido.	Prontuário	Análise descritiva dos dados, comparação com o preconizado (Maternidade Segura, OMS, 1996; Rede Cegonha, BRASIL, 2011b).
Resultado	4	Taxa de mortalidade materna	- Número de óbitos maternos nos anos de: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016; - Número de Nascidos Vivos nos anos de: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.	Declaração de Óbitos, Declaração de Nascidos Vivos, Vigilância Epidemiológica Municipal.	Análise da Taxa de óbitos
		Taxa de cesarianas	- Número de Nascidos Vivos nos anos de: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016; - Números de cesarianas nos anos de: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.	Declaração de Nascidos Vivos.	Análise da Taxa de cesarianas

Apêndice 6

	5	Percepção das puérperas com relação à atenção ao parto.	- Características sociodemográficas: idade, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação; - História obstétrica: n° de gestações, n° de consultas de pré-natal, idade gestacional; - Tipo de parto atual; - Questões norteadoras: Conte sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto. O trabalho de parto e o parto ocorreram como você planejava? Fale sobre o local que você deu a luz? Conte sobre o acompanhamento que você recebeu do profissional que esteve com você durante o trabalho de parto e parto?	Entrevista com as puérperas, Cartão de Saúde da Gestante.	Análise de conteúdo
--	---	---	--	---	---------------------

Apêndice 7 - Instrumento para Entrevista com as puérperas

Identificação			
Questionário _____ Número do prontuário _____			
() Digitado () Dupla Digitação			
Nome _____		Data: ____/____/____	
() Maternidade Municipal () Maternidade HU			
Características sociodemográficas			
1. Idade (anos):	_____ anos		
2. Procedência:	(1) Londrina (2) Outro município Qual? _____		
3. Situação conjugal	(1) com companheiro (2) sem companheiro		
4. Escolaridade (anos de estudo)	_____ anos		
5. Ocupação	(1) Remunerada (2) Não remunerada		
História Obstétrica			
6. Nº de gestações	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais		
7. Nº de abortos	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais (6) nenhum		
8. Nº de partos anteriores	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais (6) nenhum		
9. Nº de cesária prévia	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais (6) nenhum		
10. Nº de consultas pré-natal	_____		
11. Idade Gestacional	_____ semanas obtida pela DUM () ou USG ()		
12. Tipo de parto:	(1) Parto normal sem episio, sem laceração (2) Parto normal sem episio, com laceração (3) Parto normal com episio, sem laceração (4) Parto normal com episio, com laceração (5) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)		
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO			
			ESCORE
Fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem no trabalho de parto	13. Antes do bebê nascer, você recebeu alguma informação ou explicação?	(1) Sim (2) Em parte (3) Não Se SIM: Quais informações ou explicações foram fornecidas? _____ _____ Quem realizou? _____ _____ _____	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
	14. Você recebeu todas as informações que desejava?	(1) Sim (2) Em parte (3) Não	

Apêndice 7

Presença do acompanhante no trabalho de parto	15. Foi permitido que ficasse um acompanhante junto com você, antes do bebê nascer	(1) Sim (2) Não Se SIM: () Mais da metade do tempo do TP () Metade do tempo do TP ou menos Quem foi o acompanhante? _____ Se NÃO: Por que o acompanhante não ficou? _____ _____	Sim: Mais da metade do tempo do TP: 2 Metade do tempo do TP ou menos: 1 Não: 0
Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, uso da bola, apoio de uma profissional	Antes do bebê nascer:		Sim: Uso de quatro métodos: 4 Uso de três métodos: 3 Uso de dois métodos: 2 Uso de um dos métodos: 1 Não: 0
	16. Alguém realizou massagem para diminuir a dor?	(1) Sim (2) Não Quem realizou? _____	
	17. Você foi orientada a tomar banho de chuveiro para aliviar a dor?	(1) Sim (2) Não Quem orientou/estimulou? _____	
	18. Você foi estimulada a ficar na bola?	(1) Sim (2) Não Quem orientou/estimulou? _____	
	19. Alguém a ensinou como você deveria respirar?	(1) Sim (2) Não Quem ensinou? _____	
	20. Algum profissional lhe ofereceu apoio durante o trabalho de parto?	(1) Sim (2) Não Quem ofereceu? _____	
		Se SIM, quantos métodos? () Uso de 4 métodos () Uso de 3 métodos () Uso de 2 métodos () Uso de 1 método	
Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto	21. Antes do bebê nascer, foi oferecido à você água, chá ou suco?	(1) Sim (2) Não	Sim: 2 Não: 0

ASSISTÊNCIA AO PARTO			
Fornecimento às mulheres de todas as informações/explicações que desejassem no parto	22. No momento do parto, você recebeu alguma informação/explicação?	(1) Sim (2) Em parte (3) Não () Não deu tempo () Não lembro Se SIM: Quais informações/explicações foram fornecidas? _____ _____ _____ Quem realizou? _____ _____	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
	23. Você recebeu todas as informações que desejava a respeito do parto?	(1) Sim (2) Em parte (3) Não	
Presença do acompanhante no parto Você queria um acompanhante? Você tinha alguém disponível para ser seu acompanhante?	24. Foi permitido que ficasse um acompanhante junto com você no momento do parto	(1) Sim (2) Não () Não deu tempo Se SIM: Quem foi o acompanhante? _____ _____ Se NÃO: Por que o acompanhante não ficou com você? _____	Sim: 2 Não: 0
Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto	Quando o bebê nasceu		Contato pele a pele entre mãe e filho por 30' ou mais: 2 Contato pele a pele entre mãe e filho menor que 30': 1 Apresentação/não apresentação: 0
	25. Seu bebê foi colocado sobre seu peito?	(1) Sim (2) Não Se SIM, por quanto tempo: () 30 minutos ou mais () menos de 30 minutos	
	26. Seu bebê foi colocado para mamar?	(1) Sim (2) Não Se SIM, por quanto tempo: () 30 minutos ou mais () menos de 30 minutos	
	27. Seu bebê foi colocado sobre sua barriga?	(1) Sim (2) Não Se SIM, por quanto tempo: () 30 minutos ou mais () menos de 30 minutos	
	28. Seu bebê foi colocado junto ao seu rosto?	(1) Sim (2) Não Se SIM, por quanto tempo: () 30 minutos ou mais () menos de 30 minutos	
29. TOTAL ESCORE			(1) 0-4 – Insatisfatória (2) 5-8 – Regular (3) 9-12 – Boa (4) 13-16 – Excelente

Apêndice 8 - Instrumento de coleta de dados dos prontuários

Identificação	
Questionário _____ Número do prontuário _____	
() Digitado () Dupla Digitação	
Nome _____ Data: ____/____/____	
() Maternidade Municipal () Maternidade Hu	
Condições de Internação	
12. Dilatação Cervical	_____ cm.
13. Dinâmica Uterina	1) Presente (2) Ausente (9) S/ registro
14. Estado das membranas	(1) Íntegra (2) Rota (9) S/ registro
15. Características do líquido amniótico	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (9) S/ registro
16. Patologia prévia à gestação	(1) Sim Qual? _____ (2) Não
17. Aberto Partograma	(1) Sim (2) Não Número de observações: _____ Tempo máximo de entre 2 observações:
Intervenções Obstétricas	
18. Rotura das membranas	(1) Espontânea (2) Artificial (9) Sem registro Se Bolsa Rota Artificial, com qual dilatação? _____ cm
19. Indução com Ocitocina	(1) Sim (2) Não Se sim, com qual dilatação? _____ cm
20. Analgesia de parto	(1) Sim (2) Não Se sim, com qual dilatação? _____ cm Se sim, número de repiques: _____
21. Cardiotocografia	(1) Sim (2) Não Se sim, número de vezes: _____
Características do Parto	
22. Posição do parto	(1) Lateral (2) Litotômica (3) Vertical (4) Dorsal
23. Local do Parto	(1) Quarto (2) Sala de parto (3) Consultório (4) Pronto Socorro (5) Centro Cirúrgico
24. Tipo de Parto	(1) Parto normal sem episio, sem laceração (2) Parto normal sem episio, com laceração (3) Parto normal com episio, sem laceração (4) Parto normal com episio, com laceração (5) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) Se Parto normal com Fórceps, qual indicação? _____ Se Parto normal com Vácuo, qual indicação? _____
25. Condições do Períneo em caso de Parto Vaginal	(1) Íntegro (2) Laceração de 1º Grau (3) Laceração de 2º Grau (4) Laceração de 3º Grau (5) Laceração de 4º Grau (6) Episiotomia
Condições Perinatais	
26. Mecônio Intra-parto	(1) Sim (2) Não

Apêndice 8

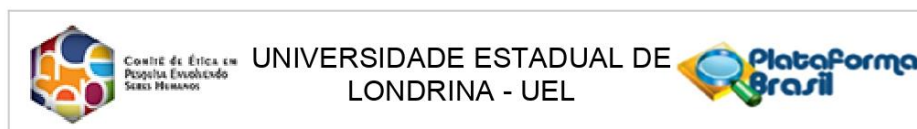
27. Índice de Apgar	Nota 1° minuto _____ Nota 5° minuto _____ (9) s/ registro
28. Peso do Recém-nascido:	_____ g (9) s/ registro
29. Realizado VPP	(1) Sim (2) Não
30. O RN nasceu com alguma malformação	(1) Sim (2) Não

Apêndice 9 - Instrumento de coleta de dados para a entrevista domiciliar

Identificação	
Questionário _____ Número do prontuário _____	
() Digitado () Dupla Digitação	
Nome _____	Data: ____/____/____
() Maternidade Municipal () Maternidade HU	
Características sociodemográficas	
1. Idade (anos):	_____ anos
2. Procedência:	(1) Londrina (2) Outro município Qual? _____
3. Situação conjugal	(1) com companheiro (2) sem companheiro
4. Escolaridade (anos de estudo)	_____ anos
5. Ocupação	(1) Remunerada (2) Não remunerada
Admissão/História Obstétrica	
6. Nº de gestações	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais
7. Nº de abortos	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais () nenhum
8. Nº de partos anteriores	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais () nenhum
9. Nº de cesária prévia	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais () nenhum
10. Nº de consultas pré-natal	(1) 5 ou menos (2) 6 ou mais
11. Idade Gestacional	_____ semanas, obtida pela DUM () ou USG ()
12. Tipo de parto:	(1) Parto normal sem episio, sem laceração (2) Parto normal sem episio, com laceração (3) Parto normal com episio, sem laceração (4) Parto normal com episio, com laceração (5) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)
Questões norteadoras:	
Conte sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto. O trabalho de parto e o parto ocorreram como você planejava? Fale sobre o local que você deu a luz? Conte sobre o acompanhamento que você recebeu do profissional que esteve com você durante o trabalho de parto e parto?	

ANEXO

Anexo 1 – Parecer de aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região sul do Brasil

Pesquisador: keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 57408616.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.060.975

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda que solicita alteração do título do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O título do estudo foi alterado para "Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região sul do Brasil "

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alterações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

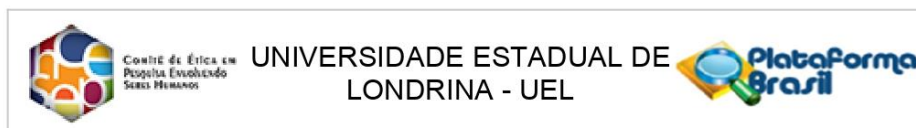
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.060.975

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1247850_E1.pdf	09/11/2018 16:57:11		Aceito
Outros	titulo.doc	09/11/2018 16:56:33	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	projeto2018.doc	09/11/2018 16:47:58	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	Resposta_Parecer_Consubstanciado.doc	01/08/2016 20:54:42	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	termo_sigilo.jpg	01/08/2016 20:52:53	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	parecer_londrina.jpg	01/08/2016 20:27:19	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/08/2016 20:26:24	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPUEL.doc	01/08/2016 20:26:09	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	parecerHU.pdf	20/07/2016 11:56:23	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	29/06/2016 08:34:54	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	Anexos.doc	24/06/2016 08:55:25	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito
Outros	apendices.doc	19/06/2016 20:36:32	keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

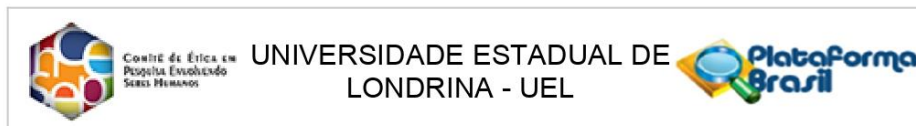
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.060.975

LONDRINA, 06 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br