

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Coletiva

Ana Lúcia Andrade da Silva

Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos

Recife
2016

ANA LÚCIA ANDRADE DA SILVA

Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Recife

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- S586a Silva, Ana Lúcia Andrade da.
Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos / Ana Lúcia Andrade da Silva. - Recife: [s.n.], 2016.
174 p. : ilus, graf, tab.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016
Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes.
1. Avaliação da Qualidade dos Cuidados em Saúde. 2. Satisfação do Usuário. 3. Condições de Trabalho. 4. Motivação. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Título.

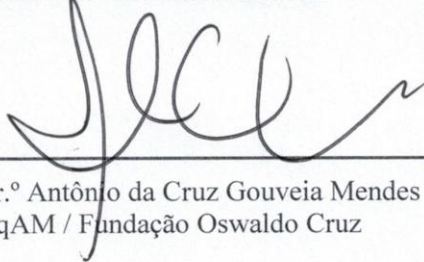
ANA LÚCIA ANDRADE DA SILVA

Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 22/11/2016

BANCA EXAMINADORA

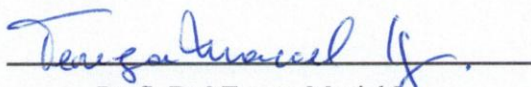


Prof. Dr.º Antônio da Cruz Gouveia Mendes
CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr.º Paulo Roberto de Santana
Núcleo de Saúde Coletiva – Centro Acadêmico de Vitória / UFPE

Prof.ª Dr.ª Petra Oliveira Duarte
Núcleo de Saúde Coletiva – Centro Acadêmico de Vitória / UFPE

Prof. Dr.º Petrônio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social / UFPE



Prof.ª Dr.ª Tereza Maciel Lyra
CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

À **Sofia** o amor que dá sentido à minha vida,
por ser uma fonte incessante de inspiração.

À **Isaltino**, meu amor, meu melhor amigo,
meu grande incentivador, pela partilha da vida.

Aos meus pais, **Glória** e **Sidiclei**, pelo amor
incondicional e abnegação de suas vidas em
meu favor.

Ao meu avô **Moacir** *in memoriam*, por tudo
que me ensinou com a sua vida e sua morte.

AGRADECIMENTOS

A Deus, essa fonte inesgotável de energia que precede à vida.

A Isaltino e Sofia por serem 'essa coisa toda minha, que ninguém mais pode ser'.

Aos meus pais, pela presença marcante em cada e todos os passos da minha trajetória.

A minha irmã, Patrícia, e minha afilhada Júlia, pelo amor que nos une e muito me acrescentam.

A minha avó Maria, por ser meu exemplo a seguir, pelo tanto que influenciou na pessoa em que me tornei.

Aos meus 'cumpadis' Paulo José e Marcelo pela parceria e amizade de sempre e para sempre.

A Ana Cris e Marcinha, as irmãs que a vida me deu, pelo amor, amizade e presença em todos os momentos.

A cada um dos membros da minha família, meu alicerce, a base de tudo.

A Toinho, pela orientação majestosa, por ter sido determinante na minha escolha pela docência e pesquisa, e a contribuir diretamente nas vitórias alcançadas.

A Gaby Moraes, minha amiga e parceira da vida, por ter sido meus outros braços, meu outro juízo, por construir junto esse e todos os projetos da minha vida.

A Nancy, pela participação na pesquisa e presença fundamental na vida.

A Prof. Wayner, pela porta sempre aberta, gentileza e disponibilidade ante as necessidades das discussões e análises estatísticas.

A todos que fazem o LABSIS por compartilhar os anseios e sonhos.

Aos meus colegas da turma de doutorado em saúde pública 2014, pelo carinho e amizade.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, minha casa, para onde sempre retornarei.

Aos estudantes de medicina da UFPE pela coleta dos dados com tanta seriedade e dedicação à pesquisa.

As usuárias, profissionais e gestores que se prestaram a nos contar suas opiniões tornando possível a realização da pesquisa.

A todas as unidades que abriram suas portas para a nossa investigação.

Ao Ministério da Saúde pelo financiamento da pesquisa, proporcionando a sua realização em tamanha dimensão.

Ao Sistema Único de Saúde por ser uma fonte inesgotável de estímulo e incentivo à minha trajetória profissional e militância na luta pela sua defesa e consolidação.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

SILVA, Ana Lúcia Andrade da. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife:** um estudo de caso por triangulação de métodos. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

Buscou-se avaliar a qualidade da assistência obstétrica na rede do Sistema Único de Saúde, no Brasil e Pernambuco. Realizou-se um estudo de caso exploratório, utilizando abordagens quantitativa e qualitativa, a partir da triangulação de métodos. A assistência no Brasil foi realizada utilizando-se dados secundários. A qualidade da assistência em Recife foi mensurada no universo das oito unidades: um hospital federal, um filantrópico, três estaduais e três maternidades municipais. Nestas unidades foram ouvidos mil duzentos e dezoito sujeitos: amostra de mil usuárias e duzentos e doze médicos com questionários e seis gestores com entrevistas semi-estruturadas. Verificou-se: qualidade insatisfatória da assistência ao parto no Brasil; contradições no atendimento ao parto na rede pública em Recife, ora desenvolvendo práticas fundamentadas no modelo humanístico da assistência, ora expondo as mulheres a situações não adequadas; precárias condições estruturais e problemas na organização do trabalho nas unidades; problemas na gestão do sistema de saúde e organização da assistência obstétrica levando a superlotação e insuficiência de leitos nas unidades; grande concentração de serviços na capital determinando vazios assistenciais e intensa migração das gestantes para parir na capital; descompromisso dos municípios com a assistência ao parto de baixo risco; não vinculação do pré-natal e parto, levando a fragmentação dos cuidados, cenário que limita a atuação da central de regulação em cumprir seu papel na ordenação e garantia do acesso, favorecendo a elevada peregrinação das usuárias. Os resultados demonstram que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada, e representa um cenário desafiador. Em Recife, a qualidade da assistência obstétrica na rede pública é insatisfatória e enfrenta dificuldades para consolidar o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento.

Palavras-Chaves: Avaliação da Qualidade dos Cuidados em Saúde. Satisfação do Usuário. Condições de Trabalho. Motivação. Indicadores Básicos de Saúde.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da. **Childbirth care quality evaluation in the public hospital network in the city of Recife: a case study on triangulation methods.** 2016. Thesis (Doctor in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

Objected to evaluate the quality of obstetric care specific to hospital birth, in the Sistema Único de Saúde network in Brazil and Pernambuco, a case study of exploratory was developed, from the quantitative and qualitative approaches, using the triangulation methods. Assistance in Brazil was analyzed using secondary data. The quality of care in Recife was measured from the universe of the eight hospital: one federal hospital, one philanthropic, three state hospitals and three municipal maternity. In these units, a thousand two hundred and eighteen subjects were interviewed: a sample of thousand users and two hundred and twelve medical with questionnaires and six managers with semi-structured interviews. It was verified: unsatisfactory quality of of childbirth care in Brazil; contradictions in childbirth care in the public network in Recife, sometimes developing practices based on humanistic model of care, sometimes exposing women not appropriate situations to quality care; poor structural conditions and problems in work organization in the units; problems in the management of the health system and organization of obstetric care leading to overcrowding and insufficient beds in the units; Great concentration of services in the capital, determining attendance gaps and intense migration of pregnant women to give birth in the capital; lack of commitment of the municipalities with care to usual risk birth; not bonding prenatal and childbirth; the fragmentation of care; fragility in the regulation of access to childbirth, favoring the elevated pilgrimage of the users. The results show that the critical situation of the childbirth care model in Brazil has not yet been overcome, and represents a challenging scenario. In Recife, the quality of obstetric care in the public network is unsatisfactory and faces difficulties in consolidating the humanistic model of attention to childbirth and birth.

Keywords: Quality Evaluation of the Health Care. User's satisfaction. Work conditions. Motivation. Health Status Indicators.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da qualidade da assistência ao parto hospitalar	41
Quadro 2 – Descrição das etapas do estudo, segundo as abordagens utilizadas	42
Quadro 3 - Organização dos significados	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades que compõem a rede hospitalar obstétrica do Sistema Único de saúde, no território da cidade do Recife, 2015	40
Tabela 2 - Amostragem das usuárias. Recife, 2015	48
Tabela 3 - Amostragem dos profissionais. Recife, 2015	49
Tabela 4 - Cronograma da coleta dos dados primários. Recife, 2015	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CISAM	Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GO	Ginecologista Obstetra
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral de Pernambuco
MBE	Medicina Baseada em Evidência Científica
MS	Ministério da Saúde
NEO	Neonatologista
NV	Nascidos Vivos
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
REHUNA	Rede de Humanização do Nascimento
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão de Morte Materna
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de informações Sobre os Nascidos Vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Apresentação	14
1.2 Delimitação do Problema	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Um Olhar Sobre a História da Assistência Obstétrica	19
3.2 A Assistência Obstétrica e Sua Relação com a Saúde materna e Infantil.....	21
3.3 O Desafio da Humanização da Assistência Obstétrica	27
3.4 A Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde	31
4 MÉTODOLOGIA GERAL	38
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Área de Estudo	39
4.3 População de Estudo	39
4.4 Fontes dos Dados	40
4.5 Matriz Conceitual	40
4.6 As Estratégias de Pesquisa	41
<i>4.6.1 Análise de Situação de Saúde</i>	42
<i>4.6.2 Avaliação da Satisfação das Usuárias</i>	42
<i>4.6.3 Avaliação da Satisfação e Motivação dos Profissionais</i>	43
<i>4.6.4 Análise Qualitativa</i>	44
<i>4.6.5 A Dinâmica de Triangulação de Métodos e Técnicas</i>	45
4.7 Os Instrumentos de Pesquisa	46
4.8 O Cálculo da Amostra	47
4.9 O Processo da Coleta dos Dados	49
4.10 Financiamento	50
4.11 Considerações Éticas	50
5 ARTIGOS	52
5.1 Artigo 1: Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013	53

5.2 Artigo 2: A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar na perspectiva das gestantes em uma capital brasileira	70
5.3 Artigo 3: Condições e motivações e condições para o trabalho dos profissionais da rede pública de atenção ao parto na cidade do Recife.	89
5.4 Artigo 4: Qualidade da assistência ao parto na perspectiva dos atores envolvidos: um estudo por triangulação de métodos.....	108
6 CONCLUSÕES	132
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICE A – Matriz Conceitual	143
APÊNDICE B – Questionário das Usuárias	148
APÊNDICE C – Questionário dos Profissionais	152
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista dos Gestores de Unidades	155
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista dos Gestores da Assistência à Saúde Municipal e Estadual	157
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Usuárias	159
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Profissionais	161
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Gestores	163
ANEXO A - Comprovante de Submissão do Artigo 2	165
ANEXO B - Comprovante de Submissão do Artigo 3	166
ANEXO C - Comprovante de Submissão do Artigo 4	167
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética	168
ANEXO E – Carta de Anuência das Maternidades Municipais	169
ANEXO F – Carta de Anuência do Hospital Agamenon Magalhães	170
ANEXO G – Carta de Anuência do Hospital Barão de Lucena	171
ANEXO H – Carta de Anuência do CISAM	172
ANEXO I – Carta de Anuência do IMIP	173
ANEXO J – Carta de Anuência do HC	174

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A tese foi um desdobramento da dissertação de mestrado, que desenvolveu um estudo de abrangência nacional, objetivando elaborar um índice para mensurar a qualidade da assistência hospitalar obstétrica no SUS. Os resultados encontrados despertaram o interesse pela continuidade de estudo acerca do tema, o que motivou a elaboração do projeto da presente tese e sua submissão ao edital de chamamento público nº 20/2013 – Estudos e pesquisas aplicadas em vigilância à saúde da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde – com o qual obteve aprovação para o seu financiamento.

A presente pesquisa se propôs a avaliar a qualidade da assistência obstétrica da rede pública hospitalar, no Brasil e em Pernambuco, a partir do referencial teórico da avaliação da qualidade de Donabedian (1980, 1990) e metodologia de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro elaborada pelo PROADESS.

A partir da hipótese de que a qualidade da assistência ao parto na rede do Sistema Único de Saúde é deficiente por que: não há vinculação entre o pré-natal e o parto; não há garantia do respeito ao direito dos usuários; não há o compromisso com a ambiência nas unidades; as condições de trabalho e atendimento não são satisfatórias e os mecanismos regulatórios são insuficientes, foi desenvolvido um estudo de caso de cunho exploratório desenvolvendo: análise de situação de saúde; avaliação da satisfação das usuárias e condições e motivações para o trabalho; e triangulação de métodos e técnicas, a partir da escuta das usuárias, dos profissionais obstetras e neonatologistas e gestores das unidades e do Sistema de Saúde.

A tese está estruturada no formato de coletânea de artigos científicos, tendo como produto quatro artigos. O primeiro: *Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada 1999-2013* analisou a assistência, segundo o perfil dos nascimentos, as características dos nascidos vivos e os óbitos maternos e infantis evitáveis, foi publicado na **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.16, n.1, 2016.

O segundo artigo, *A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar, na perspectiva das gestantes em uma capital brasileira* submetido ao periódico **Cadernos de Saúde Pública** (Anexo A), mensurou a qualidade da assistência a partir da satisfação das suas usuárias.

O terceiro artigo *Condições e motivações para o trabalho dos profissionais da rede pública de atenção ao parto na cidade do Recife*, analisou as condições de atendimento oferecidas aos profissionais e suas motivações para o trabalho nas unidades. Este artigo foi submetido à Revista **Trabalho, Educação e Saúde** (Anexo B).

Por fim, o quarto artigo resultou da avaliação síntese dos fatores determinantes da qualidade da atenção ao parto hospitalar, utilizando-se da estratégia de triangulação de método e técnicas, a partir da satisfação das usuárias, avaliação dos profissionais e percepção dos gestores. O Artigo *Qualidade da assistência ao parto na perspectiva dos atores envolvidos: um estudo por triangulação de métodos* foi submetido ao periódico **Ciência e Saúde Coletiva** (Anexo C).

1.2 Delimitação do Problema

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, até meados da década de 1980. As ações de saúde voltadas para a mulher eram precárias, limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto, deixando um grande abismo a outras questões de saúde (MAIA, 2010).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram marcantes transformações na política de saúde do país, incidindo de maneira substantiva na assistência à mulher. Com uma concepção ampliada, incluíram-se ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, considerando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, em relação a doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (PONTES *et al.*, 2014).

A assistência ao parto no Brasil é pautada no paradigma tecnocrático, considerado indesejado e pouco eficiente. Os cuidados são centrados na hospitalização, na realização de intervenções invasivas, no uso excessivo de tecnologias e drogas para celeridade do trabalho de parto, propiciando pouco ou nenhum protagonismo e autonomia da mulher (LANSKY *et al.*, 2014; MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Essa assistência se manifesta distintamente no SUS e na assistência suplementar, acentuando desigualdades na qualidade do parto hospitalar. No sistema público, a desconexão entre o pré-natal e o parto, leva a peregrinação em busca por atendimento no momento do

parto. Nos serviços privados, a cesariana agendada previamente ocorre em praticamente todos os partos (DOMINGUES *et al.*, 2014; VICTORA *et al.*, 2011; VIELLAS *et al.*, 2014).

Visando superar as lacunas e as fragilidades do modelo de assistência ao parto, foi implantado no Brasil, em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), considerando que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido. O programa lançou medidas destinadas a assegurar a promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Assegurando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; DINIZ, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Apesar das iniciativas, ainda não ocorreu no Brasil, a inversão do paradigma tecnocrático da assistência obstétrica para o humanista. Na prática dos serviços, encontram-se diversos problemas que interferem na qualidade dos cuidados prestados às gestantes e aos recém-nascidos: má distribuição dos serviços e leitos; não efetivação das redes de saúde; fragilidade na integração entre os cuidados de pré-natal e assistência ao parto; deficiências na disponibilidade de equipamentos, instrumentais cirúrgicos e profissionais (BITTENCOURT *et al.*, 2014; LANSKY *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

A assistência recebida durante o pré-natal, parto e pós-parto, guarda uma estreita relação com a ocorrência da morbidade e mortalidade infantil e materna. Contexto desafiador para o SUS, na medida em que a razão de morte materna permanece elevada e a maioria dos óbitos está relacionada às causas obstétricas diretas, principalmente por hipertensão e hemorragias, ao mesmo tempo em que o lento decréscimo dos óbitos neonatais frente à redução substancial da mortalidade infantil ocorre com predominância das causas de óbitos evitáveis, em ambas as situações as mortes são evitáveis por adequada atenção na gestação e no parto (BARROS *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2016).

A avaliação dos serviços de saúde configura-se como uma importante estratégia para mensurar a qualidade dos cuidados prestados. Seu processo é constituído por etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. Subsidiando o processo de planejamento e gestão do setor saúde, na tomada de decisões e enfrentamento dos problemas (CÉSAR; TANAKA, 1996).

Para mensurar a qualidade da atenção à saúde, Donabedian (1980, 1990) propôs um arcabouço teórico baseado na tríade estrutura, processo e resultado, bastante utilizado na investigação de serviços de saúde. A 'estrutura' se refere às características relativamente mais

estáveis dos serviços, incluindo desde a disponibilidade de recursos humanos, financeiros, equipamentos e insumos, até o modo como estão organizados. O 'processo', está relacionado às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes e suas inter-relações. Por fim, o 'resultado' é definido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

Considerando que, ao longo da implantação do SUS, sucessivas políticas foram direcionadas à assistência obstétrica e neonatal com a finalidade de garantir atendimento humanizado e de qualidade às gestantes e aos recém-nascidos, buscando-se melhorias na saúde materna e infantil e seus indicadores de morbimortalidade; baseando-se na hipótese da tese, pergunta-se: como os fatores assistenciais, gerenciais e políticos interferem na qualidade da assistência ao parto hospitalar, na rede do SUS na cidade do Recife?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência obstétrica na rede do Sistema Único de Saúde, no Brasil e em Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a assistência ao parto no Brasil, segundo o perfil dos nascimentos, as características dos nascidos vivos e os óbitos maternos e infantis evitáveis, no período de 1999 a 2013;
- b) Avaliar a qualidade da atenção ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife, a partir da satisfação das suas usuárias;
- c) Analisar as condições de atendimento e motivações para o trabalho nas unidades, na visão dos profissionais que atuam nas salas de parto;
- d) Realizar uma avaliação síntese da qualidade da atenção ao parto na rede pública da cidade do Recife, a partir da perspectiva das usuárias, profissionais e gestores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Um Olhar Sobre a História da Assistência Obstétrica

A história do parto revela ser recente em relação a ocorrência dos nascimentos em ambiente hospitalar. Os cursos de medicina nas primeiras universidades raramente incluíam assuntos ligados à gravidez e ao parto, por não serem consideradas patologias. Portanto, o parto, um ritual de mulheres, ficava a cargo das parteiras, fora dos hospitais (PONTES *et al.*, 2014).

O processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos iniciou-se nas faculdades europeias de medicina na primeira metade do século XIX. Com o surgimento da obstetrícia, a mulher tornou-se alvo do interesse médico. Ao final desse século, os obstetras desenvolveram campanhas para converter o parto em um evento controlado por eles, circunscrito às maternidades (MARTINS, 2005).

A partir da segunda metade do século XIX, a concepção do hospital como espaço privilegiado para tratamento e cura, leva a parturição para esse ambiente. Estendendo-se ao Brasil com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Essa transformação aconteceu de maneira lenta e gradual, no século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial (MAIA, 2010).

As maternidades foram criadas na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha, durante a segunda metade do século XX. A inclusão de rotinas cirúrgicas ao parto, como: assepsias, o uso de anestesia durante o trabalho de parto e as cirurgias obstétricas, contribuíram para a melhoria do atendimento em qualidade e segurança. Dessa maneira, ampliou-se a procura e aceitação das mulheres pelo ambiente hospitalar para a realização do parto (MARTINS, 2005).

Nesse percurso, a assistência médico-hospitalar confere novos significados. O parto deixou de ser um rito eminentemente íntimo e feminino e tornou-se público, passando de evento fisiológico para ato médico, de acordo com Maia (2010):

Na constituição da obstetrícia moderna e do seu discurso acerca da mulher e do parto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto encontrou solo fértil para se legitimar no Brasil, de maneira quase absoluta, em um contexto de assistência à saúde predominantemente curativo e hospitalar.

No Brasil, as ações voltadas à saúde materno-infantil datam do período de transição do Estado Novo até o Regime Militar. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, para atendimento às crianças e ao combate à mortalidade infantil. Nesse período, os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher (MATOS *et al.*, 2013).

Em 1977, a política vigente se baseava no Programa Materno-infantil, restrito à prevenção da gestação de alto risco. Sob a ótica da reprodução em sua especificidade biológica, onde o olhar para a mulher estava restrito em seu papel social de mãe (OLIVEIRA, 2001).

Para as mulheres disponibilizavam-se alguns cuidados de saúde somente durante o ciclo gravídico-puerperal, deixando-as sem assistência na maior parte de suas vidas. Diante desse cenário, o movimento organizado de mulheres, que apresentava forte atuação no campo da saúde, contribuiu para a introdução na agenda política nacional de questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (PONTES, 2014).

A partir dos anos 80, identifica-se uma mudança na concepção dos programas de assistência à mulher, rompendo-se com a visão reducionista e fragmentada dos serviços de saúde ofertados às mulheres. Esse período representa um salto histórico nas políticas públicas voltadas à atenção ao parto, a partir de quando foram incluídas outras questões da saúde da mulher, ultrapassando a esfera reprodutiva (MATOS *et al.*, 2013).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) instituído em 1983 é considerado a pedra fundamental de uma nova lógica para se pensar e organizar a assistência à saúde da mulher. O programa foi pioneiro, inclusive em âmbito mundial, organizando o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres na perspectiva da atenção integral à saúde. Sua implantação coincide com o período em que, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A concepção e a implantação do programa sofreram, portanto, grande influência do processo de construção do SUS (OSIS, 1998).

O PAISM está organizado nos seguintes grupos: assistência gravídico-puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS; amparo à mulher vítima de violência (BRASIL, 1984, p. 17).

Em 1988, constituído com base na seguridade social, o SUS incluiu todos os cidadãos na área de abrangência da prestação de serviços de saúde. Atribuindo, portanto, ao Estado, o dever de cumprir o que passa a ser um direito de qualquer cidadão brasileiro. Inicia-se assim, um processo de construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pautado na universalização, integralidade e equidade do cuidado. Embora, setorial, a implantação do SUS realizou uma das mais importantes reformas que o estado brasileiro já realizou (MENDES, 2013).

Desde então, muito se avançou na elaboração de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, a partir de um marco normativo bastante influenciado pelo movimento feminista. No ano 2000 é implantado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Na perspectiva de seguir transformando, a saúde da mulher passa a ser conduzida por uma política de Estado, através da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 2004 (BRASIL, 2004; MAIA, 2010).

Nesse percurso, houve a formulação e consolidação de políticas e programas voltados à saúde da mulher, respeitando suas necessidades e particularidades em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, entre outras). As políticas têm buscado atender às demandas antigas e atuais, nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004, 2011).

3.2 A Assistência Obstétrica e Sua Relação com a Saúde materna e Infantil

A assistência pré-natal foi normatizada no SUS, no ano 2000, com a implantação do Programa de Humanização no Parto e Nascimento. Entre outras medidas, o PHPN recomendou a realização da primeira consulta até quarto mês de gravidez, mínimo de seis consultas por mulher, exames laboratoriais, classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas (SILVA; SECATTI; SERRUYA, 2005).

O pré-natal compreende um conjunto de procedimentos destinados ao diagnóstico e tratamento de eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Deve-se assegurar a evolução normal da gravidez, sua preparação para a gestação, o parto, o puerpério e a lactação. É necessário garantir o acesso das gestantes à assistência de qualidade, considerando os aspectos físicos, emocionais e psíquicos das gestantes. Contribuindo,

sobremaneira, para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido (GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

As políticas implantadas nos últimos anos, sobretudo a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram determinantes para a expansão do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. Entretanto, persistem desafios para a melhoria de sua qualidade, com a garantia da realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis (ANVERSA *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2012).

Além disso, a falta de integração entre a assistência pré-natal e os serviços que prestam atenção ao parto determinam a descontinuidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal, expondo as gestantes e seus filhos a maiores riscos de desfechos negativos (VIELLAS *et al.*, 2014).

Atualmente, no Brasil, grande parte da assistência obstétrica ocorre no ambiente hospitalar. Em 2013, mais de 98% dos nascimentos ocorreram em hospitais, e cerca de 88% são assistidos por médicos (ACESSO..., 2012; BRASIL, 2016a).

O modelo de assistência ao parto está organizado em duas esferas institucionais: a pública e a privada. Os serviços públicos ofertam o parto normal intervencionista, nas unidades privadas a cesariana é hegemônica, representando diferenciação e modernidade (PONTES, *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, a hospitalização dos partos acompanhada dos avanços técnico-científicos na assistência médica a parturientes, têm-se traduzido em um crescimento expressivo e progressivo das cirurgias cesarianas. Em 2013, a taxa global de cesarianas no Brasil foi de 56,7%, e na rede do Sistema Único de Saúde 41,5%. O mesmo comportamento foi verificado, em Pernambuco e na cidade do Recife, onde a proporção de cesáreas em relação ao total de partos realizados nas unidades do Sistema Único de Saúde alcançou 42,9% e 50,1%, respectivamente (BRASIL, 2016b; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

A condição do Brasil como um dos campeões mundiais de partos cesáreos, remonta à concepção e conformação do sistema de saúde brasileiro centrado na atenção hospitalar e curativa. Propiciando a sua sedimentação como solo fértil para a legitimação do modelo tecnocrático de assistência ao parto, estabelecendo uma situação *sui generis* que o destaca da realidade mundial (MAIA, 2010).

As taxas de cesarianas atualmente registradas no Brasil, se aproximam dos valores da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42,0%), e é muito superior às taxas da Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%) (ORGANISATION FOR ECONOMIC

COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2011). Contrapõem-se as recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde, ainda na década de 80, com a publicação da Carta de Fortaleza, quando argumentava que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica uma taxa maior que 10%-15% (DINIZ, 2005).

O Brasil é caracterizado por um modelo de atenção ao parto altamente medicalizado, com excessivo uso de tecnologia e pouca participação de obstetrias. Assemelhando-se aos modelos dos EUA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França e Bélgica. Em sentido oposto, a Holanda, Nova Zelândia e Países Escandinavos apresentam o modelo mais humanizado, menos medicalizado, com maior participação de obstetrias e menor frequência de intervenções (WAGNER, 2001).

O modelo tecnocrático da assistência obstétrica, amplamente difundido no mundo ocidental, direciona o foco da atenção no corpo, assenta-se no hospital com a utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde (CARNEIRO, 2015; MUNIZ; BARBOSA, 2012).

As consequências dessa concepção, além das altas taxas de cesarianas, são os excessos de episiotomias, o uso de ocitocina sintética e outras intervenções. Cuidados que possibilitam pouco ou nenhum protagonismo e autonomia da mulher, tampouco resguardam às mulheres seus direitos na tomada de decisões e sua participação ativa durante o processo da gestação e do parto (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; GAMA *et al.*, 2009).

Esse modelo hegemônico representa um desafio para o Brasil, na medida em que se verifica que nos países em desenvolvimento, uma fração considerável de mulheres que experimenta complicações relacionadas à gravidez e ao parto, apresenta o óbito como desfecho. Eventos considerados marcadores do nível de desenvolvimento social por se constituírem, de mortes precoces ocorridas em sua maioria, por causas evitáveis (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

No total global de mortes maternas, apenas 1% advém dos países desenvolvidos, denunciando que esses indicadores discriminam as grandes desigualdades entre os povos mais atrasados e as nações mais desenvolvidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Nos casos de morte materna, assiste-se não só a violação dos direitos humanos, mas a marca extrema da violência contra as mulheres. Eventos que poderiam ser evitados através do acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados de assistência à saúde. Razão pela qual a mortalidade por complicações da gravidez, parto ou puerpério, tem sido foco de esforços

nacionais e internacionais dirigidos à sua redução, tendo representando a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, quando se preconizou sua redução em 3/4 no período de 1990-2015 (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; LEAL, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Para Souza (2013) os países apresentam uma transformação gradual dos padrões de mortalidade materna, fenômeno denominado “transição obstétrica”. Esse fenômeno é influenciado pelo desenvolvimento econômico e social e à implementação de políticas que se relacionam com os determinantes sociais da mortalidade materna à exemplo dos programas de transferência de renda ou por ações atenuam os seus efeitos, por exemplo, o fortalecimento do sistema de saúde e melhoria da qualidade da assistência. Os estágios da transição obstétrica são:

- a) Estágio I (RMM >1.000 óbitos/100.000 NV): caracterizada pela mortalidade materna muito alta, com alta fertilidade e a predominância de causas diretas de mortalidade materna, em grande parte por doenças transmissíveis. A maioria das mulheres não recebe assistência obstétrica profissional ou não têm acesso a estabelecimentos de saúde;
- b) Estágio II (RMM: 999-300 óbitos/100.000 NV): a mortalidade e fertilidade permanecem muito elevadas, com um padrão de causas similar ao Estágio I. No entanto, uma maior proporção de mulheres começa a procurar e receber atendimento nas unidades de saúde;
- c) Estágio III (RMM: 299-50 óbitos/100.000 nascidos vivos): a fertilidade é variável e as causas diretas de mortalidade ainda predominam. Esta é uma fase complexa porque o acesso continua a ser um problema para uma grande parte da população. A qualidade de atendimento torna-se um dos principais determinantes dos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde sobrecarregados. A qualidade dos cuidados, com atendimento especializado do nascimento e manejo adequado de complicações, é essencial para reduzir a mortalidade materna;
- d) Estágio IV (RMM <50 óbitos/100.000 NV): a mortalidade materna é baixa, com baixa fertilidade e causas indiretas de mortalidade materna; em particular, as doenças crônico-degenerativas. Nesta fase a medicalização é uma ameaça à qualidade e melhores resultados de saúde;
- e) Estágio V (todas as mortes maternas evitáveis são de fato evitadas; RMM <5 óbitos/100.000 NV). A mortalidade materna é muito baixa, a taxa de fertilidade também e as causas obstétricas indiretas associadas às doenças crônico-degenerativas

são as principais causas de mortalidade materna. Os principais desafios deste estágio são a consolidação de avanços contra a violência estrutural (por exemplo, a desigualdade de gênero) e sustentabilidade da excelência na qualidade do atendimento (SOUZA, 2013).

Em 2010, no Brasil, a Razão de Mortalidade Materna foi de 67,5 óbitos/100.000 nascidos vivos, situando o país no III estágio da transição obstétrica. Mesmo com a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, quando 91% das gestantes realizaram mais do que quatro consultas de pré-natal e 98% de partos realizados no país ocorreram em hospitais (SZWARCOWALD *et al.*, 2014). O país não alcançou a 5ª meta do milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) de reduzir em $\frac{3}{4}$ a taxa de mortalidade materna até 2015.

A tendência de lenta diminuição da mortalidade neonatal e os valores persistentemente altos da RMM chama a atenção para problemas na qualidade dos serviços de saúde. Principalmente quando se constata que a maioria dos óbitos maternos está relacionada às causas obstétricas diretas, representadas principalmente pela hipertensão e hemorragias evitáveis, em sua maioria com acompanhamento no pré-natal e atenção ao parto e nascimento de qualidade. Nos países onde a RMM apresenta valores aceitáveis, conforme classificação da OMS, predominam os óbitos maternos por causas obstétricas (LAURENTI; MELO JORGE; GOTLIEB, 2008; MOREIRA *et al.*, 2014; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

No mesmo sentido, os óbitos neonatais e perinatais apresentaram redução lenta e inferior ao decréscimo da mortalidade infantil. O principal desafio para reversão desse quadro é consolidar a integração entre pré-natal e o parto, investimentos na qualidade do pré-natal e a prevenção da prematuridade iatrogênica relacionada à interrupção indevida da gravidez, como as cesarianas sem indicação técnica, sério problema no país, que contribuem para a alta prevalência total de prematuridade no país (BARROS *et al.*, 2010; LANSKY *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014).

A hospitalização do parto, que deveria minimizar os riscos do processo de parturição, tem proporcionado outros riscos para a mulher e recém-nascidos, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias iatrogênicas, o isolamento, a solidão e o medo (PONTES, *et al.*, 2014).

A estrutura e organização do sistema de saúde associados a (má) conduta dos profissionais tem exposto as mulheres à situações de violência obstétrica institucional (MUNIZ; BARBOSA, 2012; WOLFF; WALDOW, 2008).

Chauí (1985) define que a violência é a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir

o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e falas impedidas ou anuladas.

A violência institucional é também determinada pela ‘crise da confiança’ na área da saúde. Há uma transformação do paciente em objeto de intervenção determinada pela fragilidade dos vínculos de confiança nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, com a despersonalização do cuidado e o predomínio do uso de tecnologia (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011)

A violência obstétrica diz respeito às práticas dispensadas às mulheres durante a assistência pré-natal, parto e pós-parto que lhes venha a causar danos físicos, emocionais e/ou psíquicos (TESSER *et al.*, 2015)

Considera-se atos de violência obstétrica desde a negligência no atendimento, atos de discriminação social, violência física (empurrões, machucar, exames de forma grosseira, incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), violência verbal (tratamento grosseiro, gritos, xingamentos), violência psicológica (ameaças, humilhações, repreensões, humilhação intencional, negação de atendimento), até o abuso sexual. Ainda considera-se violência, o uso abusivo de tecnologia, com intervenções e procedimentos que não são pautados em evidências científicas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SANTOS *et al.*, 2011; SCHRAIBER, 2013).

No Brasil, as seguidas tentativas de políticas públicas dirigidas à mudança da assistência ao parto ainda demonstram efeito limitado, ao mesmo tempo, à formação na área médica continua a reproduzir práticas instituídas há décadas, desconsiderando os conhecimentos científicos acumulados mais recentemente, e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação. Contexto que tem contribuído, entre outros fatores para a ocorrência com certa frequência da violência nos serviços de atenção obstétrica (CARNEIRO *et al.*, 2013; DINIZ, 2016).

Como foi verificado pela Fundação Perseu Abramo em uma pesquisa nacional, onde uma em cada quatro mulheres relataram terem sofrido violência durante o atendimento no ciclo gravídico puerperal (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

O desenvolvimento hegemônico do modelo tecnocrático no Brasil tem refletido, portanto, de maneira desfavorável sobre os indicadores de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Diante dessa realidade, o fortalecimento e a consolidação do modelo humanístico da assistência ao parto revestem-se de importância e representam um desafio para o SUS.

3.3 O Desafio da Humanização da Assistência Obstétrica

Superado o modelo de assistência médica sob tutela da igreja católica, agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve expiar, mas como *vítima* da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos da anatomia feminina com a realização do parto instrumental (MAIA, 2010).

Na metade do século 20, o processo de hospitalização do parto se difundiu em vários países, mesmo sem existir qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto. Em alguns países a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, relacionada às parteiras, foi ilegalizada, junto ao parto não-hospitalizado (CARNEIRO, 2015).

Nesse cenário em que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um *apagamento* da experiência, e por várias décadas do século 20, os partos eram realizados sob sedação total, entre mulheres de classe média e alta no mundo industrializado. Após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passaram a ser consideradas inaceitáveis, esse modelo foi abandonado (DINIZ, 2005).

As consequências do modelo tecnocrático de assistência ao parto, para além da pobreza das relações humanas, o uso irracional de tecnologia no parto determinou o seu grande paradoxo: muitos países não conseguem reduzir a morbimortalidade materna e perinatal por esse modo em prestar os cuidados (BARROS *et al.*, 2005).

Diante da expansão e hegemonia desse modelo e da concepção que o seu desenvolvimento determina mais danos que benefícios, a partir da década de 70, inicia-se um movimento internacional visando a sua substituição. No campo da saúde pública, a crítica se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para definição de intervenções de redução da morbimortalidade perinatal e materna no continente. Com isso, organizaram-se diversos grupos, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) para sistematizar estudos sobre eficácia e segurança na assistência à gravidez. São considerados os primeiros passos do movimento pela Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE), pilar do movimento em construção para reversão do modelo tecnocrático (CARNEIRO, 2014; DINIZ, 2005; MAIA, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

Na assistência ao parto, a redescritção operada pela MBE é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o

bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como experiência altamente pessoal, sexual e familiar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

A publicação da Carta de Fortaleza em 1985, produto de uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto, realizada em colaboração pela Organização Pan Americana de saúde (OPAS) e escritórios regionais da OMS na Europa e América, é um importante marco do movimento. A carta recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um guia prático como referência para implantação da assistência humanizada ao parto, conhecido como “as recomendações da OMS”. Nesse documento, apresentou com base em evidências científicas, quais condutas obstétricas vigentes deveriam ser mantidas, as que demandavam por cautela em sua indicação (por ainda não estar comprovados os riscos e benefícios para a mulher e para o bebê), e aquelas consideradas práticas comprovadamente danosas, prejudiciais e ineficazes, que deveriam ser abolidas, a exemplo de: uso rotineiro de enema e de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos, e outras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Nesse mesmo período, o termo parto humanizado passa a circular no Brasil, como resultado das críticas ao sistema médico obstétrico vigente, a partir da reunião de um grupo de profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas e os cuidados, dando origem, em 1993, à Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa). Ancorado na medicina, baseada em evidências, contrapunha-se aos altos índices de cesarianas e ao descumprimento das recomendações da OMS sobre a assistência ao parto, puerpério e a saúde materno e infantil de 1985 (BRASIL, 2001; CARNEIRO, 2015).

Outros grupos organizados de mulheres, a exemplo do Amigas do parto, Parto do princípio e Grupo de apoio à maternidade ativa, buscaram difundir queixas e discutir outros modos de parir, respeitando os desejos, as crenças, estilos de vida e éticas das mulheres. Em 2002 foi criada a Associação Nacional de Doulas (Ando-Brasil), visando unificar e representar as profissionais que acompanham partos e parturientes (CARNEIRO, 2015).

No mesmo período houve no Brasil, uma série de iniciativas governamentais visando à qualificação da assistência obstétrica e neonatal: recomendou-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico; foi criado o Prêmio Galba de Araújo para maternidades com assistência humanizada, destacando-se ainda, os programas para capacitação de parteiras e Doulas, a criação de centros de parto normal; e instituiu-se um percentual máximo de cesáreas no SUS, por hospital e para cada estado federativo (BRASIL, 2001, 2002, 2004, 2005, 2011).

Nesse sentido, foram empreendidas ações buscando-se reduzir as altas taxas de cesárea no país. Em 1986 e 1987, a Sociedade Brasileira de Pediatria lançou: “aleitamento materno, parto normal: atos de amor”. Em 1997 o conselho Federal de Medicina organizou a campanha: “natural é parto normal”. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária (MAIA, 2010).

No ano 2000, com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) lançado no Brasil, o movimento de humanização do parto, fruto do movimento internacional, contra o uso irracional, excessivo e danoso de tecnologias no parto, fatores apontados como principais responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não seja sinônimo de tecnologia. Pretende devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo. Envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis. Faculta-se à mulher a presença de um acompanhante à sua escolha no pré-parto, parto e pós-parto; liberdade de movimentação e escolha da posição ao parir; acesso a métodos não farmacológicos de alívio a dor; privacidade; e apoio aos seus medos e dores (MAIA, 2010; TORNQUIST, 2003).

O conceito de humanização, no qual se fundamenta o modelo humanístico, é amplo e polissêmico. Entretanto, seus vários sentidos assentam-se no ideário da assistência baseada em evidências científicas e baseadas em direitos (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2003).

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro relaciona-se com o dever dos serviços de saúde em prestar assistência digna à mulher e ao recém nascido. Condição que exige a organização de um ambiente acolhedor e a instituição de rotinas hospitalares, abolindo o tradicional isolamento imposto à mulher, além da demanda de uma atitude ética e solidária dos profissionais de saúde. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas,

não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A sua consolidação demanda pela redefinição das relações humanas no campo da assistência à saúde, revisando a compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, além do uso de intervenções e equipamentos diagnóstico-terapêuticos (AGUIAR, 2010; DINIZ, 2005).

A assistência deve contemplar o diálogo entre profissionais e a gestante com a garantia de seus direitos, tais quais: receber cuidado e informações necessárias para uma decisão compartilhada sobre o parto seguro, ser ouvida e não sofrer maus tratos nem ameaças. Devem-se garantir à mulher, todas as informações necessárias relacionadas aos tipos de parto; intervenções a serem realizadas; seus motivos, riscos e benefícios, possibilidades de analgesia, direito à escolha do local do parto e a um acompanhante de sua preferência (AGUIAR, 2010; BRUGGEMANN *et al.*, 2011).

Posterior ao PHPN, foram implantadas a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e, mais recentemente, a estratégia da Rede Cegonha, ambas assentadas no modelo humanístico da assistência ao parto. A Rede Cegonha foi apresentada como um novo paradigma de atenção ao parto, concebida com o objetivo de sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90. Considerando o pioneirismo e a experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, Doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas, e outros (BRASIL, 2005, 2011).

A estratégia busca garantir às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, possibilitando vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Para isso apresenta como principais diretrizes: ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência; garantia do transporte seguro; 'gestante não peregrina' e 'vaga sempre para gestantes e bebês'; implementação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (PORTELLA, 2014).

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatorios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que

comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a obstetrix (profissional com curso de nível superior em obstetrícia) ou enfermagem obstétrica, responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para atender o caso (BRASIL, 2011, p.11).

Apesar das iniciativas, e da certa urgência em transformar os cuidados na assistência ao parto, no Brasil, a mudança do paradigma tecnocrático da assistência obstétrica para o humanista ainda não foi efetivada. Mesmo que prevaleçam os partos vaginais, no SUS, a prática assistencial ainda se dá de maneira essencialmente ritualística, intervencionista e não pautada em evidências científicas. Prática que legitima os hospitais, a medicina, a tecnologia dura, a imagem iluminista da mulher (MAIA, 2010).

O modelo humanístico não significa assumir uma postura dialética do bem contra o mal, entre os profissionais de saúde e as Doulas; entre os partos vaginais e as cesarianas; entre o parto domiciliar e o hospitalar. Pretende-se garantir às mulheres o parto seguro e adequado, atendendo aos anseios e às expectativas, garantindo seus direitos e dignidade.

3.4 A Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde

A avaliação sistemática de políticas públicas surgiu com o desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo na primeira metade do século XX, com o advento do socialismo e de uma sociedade planejada pelo Estado, na antiga União Soviética. Após a segunda guerra mundial, o mundo capitalista utiliza o planejamento com intuito de alocar recursos de forma mais eficaz, para atender aos novos desafios e necessidades do Estado (MENDES, 2009).

Historicamente, o campo da avaliação pode ser dividido em quatro gerações. O primeiro centrou nas medidas dos resultados escolares, dos testes de inteligência e produtividade dos trabalhadores; O segundo estágio concentrou-se em identificar e descrever como os programas alcançavam os resultados. Neste período, o avaliador deixa de ser um mero técnico, pois além das características individuais, deve ser capaz de descrever, compreender a estrutura, as fragilidades, responder aos objetivos e também propor ações para a melhoria dos programas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993; FURTADO, 2001; HARTZ, 2008; UCHIMURA; BOSI, 2002).

No terceiro, o avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida em estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos, a avaliação deveria permitir o julgamento de uma intervenção. Por fim, a quarta geração das avaliações, agregou e levou em conta abordagens e métodos das fases anteriores. Torna-se mais inclusiva e participativa, havendo um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993; FURTADO, 2001; HARTZ, 2008; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Para que as avaliações contribuam com as transformações da sociedade é necessário considerar seus critérios de excelência. Utilidade: jamais se deve empreender uma avaliação inútil. Viabilidade: deve-se levar em conta o ambiente político, prático e o custo-benefício. Ética: relacionada ao respeito aos valores dos interessados, a seriedade intelectual com que deve ser realizada a abordagem avaliativa e os critérios de benemerência e de confidencialidade. Precisão técnica: uma avaliação deve ser realizada dentro de parâmetros consolidados cientificamente (MINAYO, 2011).

Contandriopoulos *et al.* (1997) destacam quatro objetivos da avaliação. Estratégico: auxilia no planejamento e na elaboração de uma intervenção. Formativo: fornece informação, com o objetivo de melhorar uma intervenção durante o seu curso. Somativo: analisa os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida. Fundamental: contribui para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica.

Nesse campo identificam-se tipologias que permeiam a linguagem das estratégias e instrumentos de avaliação, são eles:

- a) Eficiência: é a obtenção a custo mínimo possível do máximo de benefício. As avaliações de eficiência vêm extrapolando o enfoque econômico, analisando custos sociais, políticos e ambientais;
- b) Eficácia: refere-se ao cumprimento das metas traçadas por um determinado projeto. É o tipo mais comum e difundido de análise de determinada intervenção, geralmente realizada pelos próprios órgãos executores da proposta. Geralmente são estudos quantitativos metrificados;
- c) Efetividade: são os efeitos de um projeto ou programa. As avaliações buscam aferir as mudanças quantitativas e qualitativas promovidas pela intervenção. As análises são realizadas através de estudos de impacto;
- d) Sustentabilidade: representa a ideia de que o avanço de uma dada sociedade é medido além da não dimensão econômica, pelas dimensões social, ambiental, do

conhecimento e institucional. A avaliação de sustentabilidade vem sendo incorporada à análise de projetos e aprimorada teórica e tecnicamente (MINAYO, 2011).

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, vem se considerando as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007; HARTZ, 2005).

A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. É uma estratégia essencial do processo de planejamento e gestão do setor saúde, subsidiando a tomada de decisões no enfrentamento dos problemas nos serviços de saúde (CÉSAR; TANAKA, 1996).

As perspectivas teórico-metodológica da avaliação em saúde podem ser sintetizadas em: necessidade de um modelo teórico para orientar o processo de avaliação; exigência de pluralidade metodológica dada a contextualização das ações programáticas e a complexidade das medidas de resultados; e obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e a utilidade do produto final (HARTZ, 1999).

Donabedian (1980, 1990) estruturou um campo de conhecimento sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, as contribuições teóricas de seus estudos foram baseadas na tríade estrutura-processo-resultados. A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O processo está relacionado às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e suas inter-relações. E, por fim, o resultado é definido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

No Brasil, diante da necessidade de desenvolver uma metodologia de avaliação para o sistema de saúde brasileiro, formou-se uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, originando o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

O PRO-ADESS revisou modelos de avaliação internacional do Reino Unido, Canadá e Austrália, concluindo que a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que apreendem: o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o desempenho e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade.

Para avaliação do desempenho dos serviços de saúde o PRO-ADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde, propondo as seguintes dimensões para a avaliação:

- a) Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- b) Acesso: capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- c) Eficiência: relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- d) Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- e) Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- f) Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- g) Adequação: grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- h) Segurança: capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

No campo da avaliação em saúde, a qualidade é definida como aquele tipo de assistência em que se espera que possa proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda sua complexidade. Resulta do produto entre dois fatores: a ciência e a tecnologia da atenção à saúde e sua aplicação na prática (DONABEDIAN, 2003).

Bosi *et al.* (2007) chama a atenção para a abrangência do termo qualidade, a partir de uma acepção polissêmica. Nesse contexto, é necessário considerar a inserção das múltiplas dimensões, incluindo necessariamente os atores envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos

O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, buscando-se satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam (ARAUJO; FIGUEREDO; FARIA, 2009; SERAPIONI, 2010).

O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas a multidimensionalidade do termo qualidade ainda hoje representa

um desafio para o campo da saúde coletiva, uma vez que se percebe uma dificuldade não apenas em conceituar qualidade em saúde, mas até mesmo em identificar a polissemia inerente ao termo qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A qualidade pode ser delimitada pelos vários fatores que lhe determina: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); eficiência (custos, recursos, riscos) (GATTINARA *et al.*, 1995).

Nesse sentido, o conceito de qualidade não é um termo simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente, e sua complexidade depende de diversos fatores: a complexidade da concepção de saúde que inclui os componentes espirituais, relacionais e sociais, quando considera a pessoas em sua integridade biopsíquica; a variedade de atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; a pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade – que também dependem do seu próprio conceito multidimensional; a peculiaridade das ações do setor saúde que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultado das inter-relações entre profissionais e pacientes, ações e interações que as constituem, no qual os usuários são simultaneamente consumidores e co-produtores da assistência; a qualidade está condicionada e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (SERAPIONI, 2009).

Donabedian (1990) caracteriza a qualidade como um fenômeno complexo, apresentando os atributos de qualidade desejáveis nos serviços de saúde, os quais ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade:

- a) Eficácia: o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais;
- b) Efetividade: é o efeito real num sistema operacional;
- c) Eficiência: o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo;
- d) Otimização: trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido, através da relação custo-benefício mais favorável;
- e) Aceitabilidade: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial;
- f) Legitimidade: relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo e;
- g) Equidade: relacionado à justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a avaliação da satisfação do usuário apresenta um campo específico. Já as primeiras pesquisas de avaliação em saúde, ainda na década de 1970, se referiam à satisfação do paciente. O objetivo era melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A satisfação dos usuários apresenta um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. A perspectiva do usuário configura-se como referencial para a melhoria da qualidade dos serviços (TRAD; BASTOS, 2002). Essas avaliações representam uma resposta efetiva baseada na crença de que o cuidado possui atributos que podem ser mensurados pelos pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Vuori (1991) defende que as principais estratégias para avaliar os resultados das ações e serviços de saúde passam pelo desenvolvimento de indicadores ou índices do nível de saúde e pela medida da satisfação dos usuários do sistema.

Para Donabedian (1990), a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento, bem como tudo aquilo que o paciente considera justo ou equânime.

No Brasil, os estudos sobre este tema se desenvolveram na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, fortalecido com a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento usuário/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; JORGE *et al.*, 2007).

A avaliação da qualidade de ações em saúde, contexto de reflexão e de prática, envolve enfoques de metodologias objetiva e subjetiva, a partir da qual se vislumbram desafios e possibilidades. Diferenças e divergências que se completam e se complementam com o objetivo de subsidiar o planejamento e a administração do Sistema de Saúde, contribuindo para a tomada de decisões como um processo de transformação em direção à qualidade das ações e serviços de saúde.

Como afirmou Donabedian (1990, p.113) “de cultura a cultura, mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”.

4 METODOLOGIA GERAL

4.1 Tipo de Estudo

Foi desenvolvido um estudo de caso de cunho exploratório que avaliou um fenômeno social complexo, a qualidade da assistência ao parto hospitalar na rede do Sistema Único de Saúde, no território da cidade do Recife, no ano de 2015.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) (YIN, 2005).

Trata-se de uma estratégia de investigação qualitativa utilizada para aprofundar o *como* e o *porquê* de uma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle. São classificados em explicativos, cognitivos e expositivos e buscam ampliar o entendimento sobre fenômenos sociais complexos. A sua realização permite evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real, bem como demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para explicar fenômenos complexos, o estudo de caso examina uma unidade de análise, através da observação pelo seu interior. O potencial explicativo desta estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre componentes do caso e as variações dessas relações no tempo. Busca-se a profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise estudadas (CONTRANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A realização deste estudo compreendeu a avaliação da qualidade da assistência ao parto hospitalar através: da satisfação das usuárias e dos profissionais; a assistência recebida, as condições oferecidas pelo hospital para o bom atendimento às usuárias; a organização da rede de atenção pelos gestores das unidades e do Sistema de Saúde e observação das unidades, utilizando, portanto, abordagens que correspondem à Metodologia Qualitativa e Quantitativa.

A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significado, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Dessa maneira, a combinação das duas abordagens, possibilita a obtenção de ótimos resultados, na medida em que elas se

complementam e se completam permitindo uma maior compreensão sobre o objeto avaliado (SERAPIONI, 2000).

4.2 Área de Estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, que apresenta segundo projeções do IBGE para o ano de 2012, uma população de 1.599.039 habitantes, sendo 528.006 mulheres em idade fértil (BRASIL, 2016a).

Recife é o município pernambucano que apresenta a maior complexidade do Sistema de Saúde, além de concentrar a quase totalidade dos serviços de referência do estado, para onde conflui um significativo contingente populacional de outros municípios em busca de atenção de maior complexidade, incluso, a assistência hospitalar obstétrica.

Em 2014 nasceram 48.490 crianças na cidade, onde existem 18 maternidades, das quais 08 (44,4%) pertencem à rede SUS (públicas estaduais e municipais, filantrópicas e universitárias), 09 (50,0%) atendem exclusivamente à rede privada e 01 (5,6%) é de acesso exclusivo aos servidores públicos estaduais. Entre as oito unidades que compõem a rede de assistência obstétrica do SUS, 05 são hospitais de nível terciário da assistência obstétrica do estado e 03 são maternidades municipais que atendem gestantes de todos os municípios do estado (BRASIL, 2016b).

4.3 População de Estudo

Foi objeto do estudo a qualidade da assistência ao parto hospitalar, mensurada a partir do universo das oito unidades hospitalares situadas no território da cidade do Recife, que compõem a rede do SUS, sendo: 01 hospital federal; 01 hospital filantrópico, 03 hospitais estaduais e 03 maternidades municipais (Tabela 1).

Nestas unidades foram entrevistados os sujeitos envolvidos no atendimento: as usuárias que realizaram partos na rede, os profissionais que prestam assistência nas salas de parto (ginecologistas e neonatologistas) e os gestores das unidades e do sistema municipal e estadual de saúde responsáveis pela assistência à saúde.

Tabela 1 - Unidades que compõem a rede hospitalar obstétrica do Sistema Único de saúde, no território da cidade do Recife, 2015.

GESTÃO	ESTABELECIMENTO	PARTOS
Federal	Hospital das Clínicas	1831
Filantrópico	Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - IMIP	5772
Estadual	Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros - CISAM	2975
	Hospital Agamenon Magalhães	4143
	Hospital Barão de Lucena	3640
Municipal	Maternidade Bandeira Filho	2900
	Maternidade Arnaldo Marques	2651
	Maternidade Professor Barros Lima	3932
Total		27.844

Fonte: a autora, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde.

4.4 Fontes dos Dados

Foram utilizados dados secundários dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). O Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), no ano de 2015.

4.5 Matriz Conceitual

O arcabouço metodológico conceitual da pesquisa fundamentou-se no referencial teórico dos sete pilares da qualidade da assistência à saúde, estruturados por Donabedian (1990), a metodologia de avaliação elaborada pelo Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro PROADESS, para avaliação do desempenho do Sistema de Saúde brasileiro e a concepção do modelo humanístico de assistência ao parto.

A partir do referencial teórico adotado, levando em consideração que as características relacionais entre os agentes das ações são um dos atributos relevantes na avaliação em saúde, como: usuários x profissionais (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação do usuário, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos); profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho); e gestor x profissional (relações sindicais e de gestão) (SILVA, 2005). Foi construída a Matriz Conceitual que

subsidiou a construção dos instrumentos de pesquisa e o plano de análise do estudo (Apêndice A).

A matriz foi estruturada em 06 seções: dimensões; descritores; aspectos a serem avaliados; questão norteadora; onde avaliar; e os sujeitos a serem entrevistados. Posteriormente, para cada dimensão, as questões norteadoras foram desmembradas em perguntas até se obter um conjunto de questões adequadas à avaliação de cada dimensão.

A partir da matriz foram elaborados os questionários das usuárias, dos profissionais, o instrumento para observação sistemática e os guias para entrevista com os gestores.

No quadro 1 são apresentadas as dimensões selecionadas para avaliação da qualidade da assistência ao parto na rede pública hospitalar, com base no referencial teórico adotado.

Quadro 1 – Dimensões da qualidade da assistência ao parto hospitalar

DIMENSÃO	DESCRITORES
Acesso	Ao serviço: Organização do serviço para prover os cuidados necessários, no momento certo e lugar adequado.
	Ao subsistema: Capacidade do sistema de saúde em estruturar e organizar a rede de serviços, possibilitando a prestação dos cuidados no momento certo e lugar adequado.
Acolhimento	Processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas às necessidades das usuárias.
Respeito ao Direito das Pessoas	Capacidade do sistema de saúde em assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e que estejam centrados nas pessoas, na perspectiva dos direitos de cidadania.
Violência Obstétrica	O exercício de práticas e/ou atitudes dirigidas às mulheres durante a assistência no pré-natal, parto e pós-parto que lhes venha a causar danos físicos, emocionais e/ou psíquicos.
Assistência	Cuidados pautados no modelo humanístico da assistência obstétrica e neonatal.
Condições	Organização do ambiente oferecida de forma adequada ao atendimento, com qualidade e bem-estar integral no mesmo.
Motivação	Maneira como o trabalhador utiliza de sua experiência, emoções, instintos, a partir das condições objetivas que lhe são oferecidas.

Fonte: a autora.

4.6 As Estratégias de Pesquisa

O estudo foi desenvolvido utilizando-se da avaliação quantitativa e da análise qualitativa, as quais estão sintetizadas no quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das etapas do estudo, segundo as abordagens a serem utilizadas.

ABORDAGEM	COMPONENTE	DADOS	INSTRUMENTO	SUJEITOS
Quantitativa	Evolução da assistência	Secundários	SIS	-
	Assistência pré-natal, parto e pós-parto	Primários	Questionário	Usuárias
	Condições de atendimento e trabalho	Primários	Questionário	Profissionais
	Motivação	Primários	Questionário	Profissionais
Qualitativa	Assistência ao parto e pós-parto	Primários	Entrevista	Gestores
	Organização do Sistema	Primários	Entrevista	Gestores
	Condução da política	Primários	Entrevista	Gestores

Fonte: a autora.

4.6.1 Análise de Situação de Saúde

A Análise de Situação de Saúde possibilita nortear os processos de decisão no âmbito do SUS em todos os níveis de gestão, revestindo-se de extrema utilidade para a gestão em saúde. O seu desenvolvimento possibilita a produção de conhecimento direcionado a reflexão e aprimoramento institucional, norteados o planejamento e as ações de saúde (NADIR *et al.*, 2015).

Nesse sentido, os indicadores de saúde apresentam-se como ferramentas fundamentais para a tomada de decisões, na medida em que permitem diagnosticar as mais diversas situações de saúde, com vistas à avaliação, monitoramento e intervenções das ações e serviços de saúde sobre as necessidades da população (GONÇALVES; SAMPAIO, 2015).

A presente pesquisa realizou a análise da evolução da assistência ao parto, no país, utilizando-se indicadores de saúde, a partir dos dados secundários dos Sistemas de Informações em Saúde.

4.6.2 Avaliação da Satisfação das Usuárias

Na avaliação da qualidade dos serviços e ações de saúde, a análise da satisfação do usuário é de grande importância para verificar se há conformidade entre os serviços oferecidos e as expectativas e aspirações dos pacientes.

O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento usuário/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência (JORGE *et al.*, 2007). Na avaliação da qualidade da assistência à saúde considera-

se a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade (SERAPIONI, 1999).

Na medida em que o processo de trabalho do setor saúde inclui a participação efetiva do usuário para a obtenção de um produto, não é possível avaliar esse processo sem o envolvimento deste ator, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução (DONABEDIAN, 1980).

A qualidade depende, portanto, dos sujeitos que praticam as ações e, principalmente, dos que a sofrem. A perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços contribuindo para que suas necessidades sejam efetivamente atendidas (JORGE *et al.*, 2007; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Donabedian (1990) refere que a contribuição do usuário ao ato de saúde dá-se simultaneamente nas três dimensões em qual ato pode ser desdobrado: a) no trabalho técnico; b) na relação interpessoal; e c) nas amenidades que cercam o cuidado. Em cada uma dessas dimensões, o usuário vivencia algo que somado, faz dele alguém capaz de contribuir na definição do que seja qualidade e na própria avaliação, da qualidade da atenção que lhe é prestada.

O presente estudo realizou a avaliação da satisfação das gestantes que realizaram partos na rede pública, buscando identificar os vários aspectos da assistência no pré-natal, durante o parto e o pós-parto imediato. Identificando-se, os principais fatores da satisfação relacionados com o atendimento pelos profissionais e as condições oferecidas para a garantia dos direitos das pacientes.

Foram entrevistadas 1.000 usuárias, utilizando-se questionários estruturados, durante o internamento nas enfermarias das unidades.

4.6.3 Avaliação da Satisfação e Motivação dos Profissionais

Frente à complexa missão do cuidado, recaem aos profissionais da saúde, além de grandes e crescentes responsabilidades, criatividade, senso crítico e uma prática humanizada, competente e resolutiva (GUARDA, 2009).

A qualidade dos cuidados prestados, portanto, encontra-se diretamente ligada ao contexto profissional, ao qual perpassam diversos fatores, entre os quais: condições e ambiente de trabalho, motivação, realização no trabalho, forma de vínculo e estabilidade financeira (MENDES, 2009).

Considerando a influência do trabalho do profissional de saúde na qualidade do atendimento prestado aos usuários, as condições de atendimento e trabalho oferecidas pelos serviços são determinantes para o desempenho das ações (SOUZA; SCATENA, 2014).

As condições do ambiente físico influenciam diretamente a satisfação/insatisfação com o trabalho. A qualidade do atendimento perpassa pelo investimento nas condições objetivas oferecidas para o desempenho no trabalho: condições de higiene, segurança e equipamentos (DEJOURS, 1998).

O desempenho no trabalho, portanto, relaciona-se com questões como valorização e motivação para o trabalho, e o significado que os profissionais de saúde atribuem ao próprio trabalho (MELARA *et al.*, 2006).

Para Borges, Tamayo e Alves Filho (2005), a motivação no trabalho é essencial para a criação de um clima de trabalho estimulador, satisfatório e produtivo, tanto para as organizações como para seus integrantes.

As condições de atendimento e trabalho e a motivação para o trabalho na rede pública hospitalar da cidade do Recife foram realizadas através da escuta a uma amostra de 212 profissionais Médicos Ginecologistas Obstetras e Neonatologistas, que atuam nas salas de partos das unidades, utilizando-se questionários estruturados.

4.6.4 Análise Qualitativa

A etapa qualitativa consistiu na avaliação da organização e política da assistência obstétrica, através de entrevistas realizadas com gestores de 04 unidades hospitalares, sendo um representante de cada estrato: municipal, estadual, filantrópico e federal, além de 02 gestores do Sistema de Saúde, responsáveis pelas áreas de Assistência à Saúde do município do Recife e do Estado de Pernambuco, totalizando 06 interlocutores.

Utilizou-se um guia de temas para orientar as perguntas formuladas durante a entrevista, a fim de identificar a compreensão dos gestores quanto à política e organização da assistência.

A análise das entrevistas foi realizada através da técnica de condensação dos significados, construindo formulações a partir do discurso dos entrevistados. Para analisar as entrevistas procedeu-se a transcrição do material obtido, posteriormente uma leitura detalhada e cuidadosa buscando compreender e refletir o sentido e a relação do discurso com o objetivo proposto, a partir:

- a) Da determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- b) Da definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- c) Da realização do questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- d) Da descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Organizando os resultados como modelo proposto pelo autor para sistematização da análise (quadro 3).

Quadro 3 – Organização dos significados

Questão de Pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa 2. Idem 3. Idem 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador e da forma mais simples possível. 2. Idem 3. Idem
Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos	São categorias conceituais
Descrição Essencial da questão de pesquisa. Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Fonte: adaptado de Kvale (1996).

4.6.5 A Dinâmica de Triangulação de Métodos e Técnicas

A realização deste estudo foi feita através da satisfação das usuárias, avaliação das condições de atendimento e trabalho, além das motivações dos profissionais. Observação das unidades para verificar as condições oferecidas pelo hospital para o atendimento com qualidade, avaliação da organização e política da assistência obstétrica pelos gestores. Utilizamos abordagens que correspondem à Metodologia Qualitativa e Quantitativa, na perspectiva dos diversos atores sociais envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) no atendimento. Através dessas inter-relações, buscou-se mensurar a qualidade da atenção à saúde.

Para isso a triangulação de métodos e técnicas foi a dinâmica de investigação utilizada; permitindo, por conseguinte, integrar a análise das estruturas, dos processos e dos

resultados, com a compreensão das relações envolvidas na implementação de ações e da visão que os diferentes atores constroem sobre o todo. Promovendo, portanto, o diálogo entre as questões subjetivas e objetivas, buscando superar as dicotomias entre quantitativo e qualitativo.

Segundo Minayo *et al.* (2005), o processo reflexivo é o que possibilita exercer uma superação dialética sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimento que pode ser agregada com a valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significado, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Ela permite criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto.

4.7 Os Instrumentos de Pesquisa

Os dados primários foram obtidos com a aplicação de questionários, realização de observação sistemática e entrevistas.

Os questionários são dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo. Sua utilização possibilita medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui em determinado grupo. A distribuição das características entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística (MINAYO; GOMES., 2012).

Nesse contexto, é fundamental definir que a escala a ser utilizada para mensurar as respostas dos entrevistados. Na área da saúde, a escala de Likert tem sido muito utilizada, principalmente para a pesquisa de satisfação de usuários e trabalhadores em relação aos serviços de saúde e às condições de trabalho (MENDES, 2009). Essa escala é constituída por uma série de assertivas sobre o assunto a ser pesquisado, com conotação positiva ou negativa, para as quais as pessoas afirmam seus graus de concordância, segundo uma escala bipolar de 05 pontos, com um ponto médio para registro da situação intermediária ou de nulidade, do tipo “concordo totalmente”, “concordo”, “indiferente”, “discordo” e “discordo totalmente” (OLIVEIRA, 2001).

Estudos que utilizaram esse instrumento validaram a sua sensibilidade, considerando-o adequado para a avaliação da satisfação de pacientes e profissionais (MACIEL-LIMA, 2004; MENDES, 2009). Assim, o presente estudo definiu a escala Likert como modelo para o

desenvolvimento da ferramenta de avaliação da satisfação dos usuários e profissionais com a qualidade da assistência ao parto hospitalar.

O questionário das usuárias foi composto por 58 questões fechadas distribuídas em quatro seções: identificação do questionário/entrevistador; caracterização da usuária; avaliação da assistência no pré-natal, parto e pós-parto imediato; e avaliação da satisfação das usuárias. As questões que se referiram à satisfação apresentavam cinco alternativas para julgamento: Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo (Apêndice B).

O questionário dos profissionais apresentou 45 questões fechadas, distribuídas em quatro seções: identificação do questionário/entrevistador; caracterização do profissional; avaliação das condições de atendimento e trabalho; e motivação para o trabalho. As questões que se referiram às condições apresentaram cinco alternativas para julgamento: Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo. As perguntas relacionadas à avaliação da motivação possibilitaram caracterizar os aspectos analisados em: Importante, Pouco importante, Muito importante e Extremamente importante (Apêndice C).

O roteiro das entrevistas foi elaborado em duas versões; uma para a entrevista aos gestores de unidades com 07 questões abertas e outra para a escuta dos gestores do Sistema de Saúde, com 08 questões abertas (Apêndices D e E).

As entrevistas dirigidas são caracterizadas por uma estruturação prévia, na qual o pesquisador determina antecipadamente os aspectos e dimensões da informação a ser coletada. São entrevistas espontâneas, que assumem o caráter de uma conversa informal, mas que seguem certo conjunto de perguntas originadas do protocolo de estudo (YIN, 2005).

4.8 O Cálculo da Amostra

Para cálculo da amostra, as unidades foram divididas segundo tipo de gestão/natureza da organização, compondo os quatro estratos: federal, filantrópico, estadual e municipal. Os estratos municipal e estadual foram constituídos por três unidades cada; enquanto o filantrópico e federal, por uma. Considerando-se o quantitativo total do número de partos realizados nas unidades no trimestre, período estabelecido para realização das entrevistas, definiu-se a expectativa de 60,0% de satisfação das usuárias com a assistência recebida, erro de 6,0% e 5,0% de significância estatística. Obteve-se uma amostra de 250 usuárias, por estrato, totalizando 1.000 usuárias entrevistadas. Em cada estrato o N foi composto proporcionalmente ao número de partos realizados nas unidades, resultando em uma amostra de 1.000 usuárias (Tabela 2).

Tabela 2 – Amostragem das usuárias. Recife, 2015

UNIDADE	ESTRATOS	*PARTOS	N ESTRATO	N UNIDADE
Hospital das Clínicas	Federal	500	250	250
IMIP	Filantropico	1.600	250	250
CISAM		500		50
Hospital Agamenon Magalhães	Estadual	950	250	100
Hospital Barão de Lucena		1.000		100
Maternidade Bandeira Filho		550		70
Maternidade Arnaldo Marques	Municipal	625	250	60
Maternidade Professor Barros Lima		1.000		120
Total		6.725	1.000	1.000

Fonte: a autora, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde.

Nota: * número de partos no trimestre.

Para cálculo da amostra dos profissionais, foi tomado em consideração o quantitativo total de plantonistas ginecologistas e neonatologistas que assistem nas salas de partos e nas unidades. Definiu-se a expectativa de 60% de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho nas unidades e um erro 6%, com 5% de significância estatística.

Obteve-se N = 60 profissionais por estrato, sendo 2/3 ginecologistas obstetras e 1/3 neonatologistas, representando a proporção encontrada nas unidades. Em cada estrato o N foi composto proporcionalmente ao número de ginecologistas e neonatologistas existentes nas unidades, resultando em uma amostra de 240 profissionais (Tabela 3).

Tabela 3 – Amostragem dos profissionais. Recife, 2015

UNIDADE	ESTRATO	SALAS DE PARTO		N ESTRATO		N UNIDADE	
		GO*	**Neo	GO*	**Neo	GO*	**Neo
Hospital das Clínicas	Federal	48	24	40	20	40	20
IMIP	Filantrópico	96	48	40	20	40	20
CISAM		48	24			14	7
Hospital Agamenon Magalhães	Estadual	48	24	40	20	13	7
Hospital Barão de Lucena		48	24			13	6
Maternidade Bandeira Filho		28	14			12	7
Maternidade Arnaldo Marques	Municipal	28	14	40	20	13	6
Maternidade Professor Barros Lima		28	14			15	7
Total		372	186	240		160	80

Fonte: a autora, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde.

Nota: * GO – Médico Ginecologista Obstetra. ** NEO – Médico Neonatologista

4.9 O Processo da Coleta dos Dados

A aplicação dos questionários às usuárias e profissionais e a observação sistemática foi realizada por estudantes de medicina do 5º ano, da Universidade Federal de Pernambuco. Considerando o total de 1.212 entrevistas a serem realizadas, cada estudante ficou responsável por aproximadamente 121 entrevistas variando entre: usuárias, obstetras e neonatologistas. Os estudantes foram distribuídos entre as unidades de saúde, com o quantitativo semanal de entrevistas a serem realizadas, de modo a facilitar o monitoramento do trabalho.

A coleta dos dados teve início no final do mês de abril de 2015, com previsão para término no mês de julho. A conclusão da coleta dos dados atrasou em função de retardo na concessão da anuência de algumas unidades, e da dificuldade de participação dos profissionais nas entrevistas com os questionários, por essas razões, a coleta dos dados primários e sua complementação foi concluída no mês de setembro de 2015. As entrevistas com gestores foram realizadas pela equipe da pesquisa, no período de 17/08 a 27/09/2015 (tabela 4).

Tabela 4 - Cronograma da coleta dos dados primários. Recife, 2015.

UNIDADE	*EST. (N)	SUJEITOS	ABR		MAI				JUN				JUL			SUB TOTAL	TOTAL
			3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3		
HC	E1	Usuárias profissionais	10	10	12	13	13	13	13	12	12	11	7		126	310	
			6	6	4	4	4	4	4	8					40		
E2	Usuárias profissionais	12	12	12	12	12	16	14	7	14	13			124			
		4	4	4	4	4								20			
IMIP	E3	Usuárias profissionais			10	10	12	13	13	13	13	14	14	14	139	310	
					6	6	4	4	4	4	4	8			40		
E4	Usuárias profissionais	12	12	12	12	12	12	12	16	14	14	7		111			
		4	4	4	4	4	4	4						20			
HAM	E5	Usuárias profissionais	9		9	9	12	13						52	121		
			7		7	7								21			
E6	Usuárias							12	12	12	12			48			
HBL	E6	Usuárias profissionais			11	12	13	13						49	120		
					5	5	5	5						20			
E5	Usuárias							13	13	12	13			51			
CISAM	E7	Usuárias profissionais				13	13	12	12					50	69		
					4	5	5	5					19				
MAM	E8	Usuárias profissionais	12	12	10	12	12	12						70	89		
			4	4	4	4	3						19				
MBF	E9	Usuárias profissionais	12	12	12	12	12							60	79		
			4	4	3	4	4						19				
MBL	E9	Usuárias						15	15	15				45	142		
														75			
E10	Usuárias profissionais	13	13	13	13	13	10							22			
		4	4	4	5	5											

Fonte: a autora.

Nota: *Estudante

4.10 Financiamento

A pesquisa foi financiada pelo edital de chamamento público nº 20/2013, Estudos e Pesquisas Aplicadas em Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. O financiamento custeou a coleta dos dados primários, através da concessão de bolsas aos estudantes de medicina e pesquisador auxiliar para coordenação do processo.

4.11 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), de acordo com a resolução 196/96.

Registro no CAAE: 13161113.7.0000.5190. Parecer 09/2013 (Anexo D).

Os sujeitos participantes foram informados sobre a pesquisa, seus principais objetivos e a importância do estudo para o sistema de saúde e acerca dos riscos de sua participação. As entrevistas foram realizadas apenas de acordo com a aceitação do entrevistado, expressa pela assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cuja cópia foi entregue ao entrevistado (Apêndices F, G, e H). Todas as unidades aliadas concederam anuência para realização do trabalho em suas dependências (Anexos E, F, G, H, I, J).

5 ARTIGOS

Os resultados da tese são apresentados a partir dos artigos científicos desenvolvidos:

- a) O artigo 1 analisou a assistência, segundo o perfil dos nascimentos, as características dos nascidos vivos e os óbitos maternos e infantis evitáveis;
- b) O artigo 2 avaliou a qualidade da assistência na rede pública hospitalar, na cidade do Recife, a partir da satisfação das suas usuárias;
- c) O artigo 3 analisou as condições de atendimento oferecidas aos profissionais e suas motivações para o trabalho nas unidades;
- d) O artigo 4 resultou da avaliação síntese dos fatores determinantes da qualidade da atenção ao parto hospitalar, utilizando-se da estratégia de triangulação de método e técnicas, a partir da satisfação das usuárias, avaliação dos profissionais e percepção dos gestores.

5.1 Artigo 1 - Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada, 1999-2013

Ana Lucia Andrade da Silva¹

Antonio da Cruz Gouveia Mendes²

Gabriella Morais Duarte Miranda³

Pedro Miguel dos Santos Neto⁴

¹⁻⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

antoniocruz@gmail.com

gabymduarte@yahoo.com.br

pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

Resumo

Objetivo: analisar a evolução da assistência ao parto no Brasil, entre 1999-2013. **Métodos:** foi realizado um estudo ecológico de séries temporais, utilizando dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Analisaram-se 18 indicadores referentes aos nascimentos e óbitos. **Resultados:** percebeu-se redução da fecundidade, natalidade e número total de partos. Houve crescimento dos leitos em UTI adulto, e redução dos leitos de obstetrícia. Identificou-se aumento dos nascimentos entre mulheres com 40 anos e mais, com crescimento maior de 100% de primíparas nesse grupo etário, e 19% de nascimentos de mães adolescentes. O expressivo crescimento dos partos cesarianos, da cobertura de consultas pré-natal e hospitalização dos partos ocorreram simultaneamente com o crescimento: dos óbitos infantis preveníveis por adequada atenção na gestão e parto, da prematuridade; do baixo peso; da síndrome de Down; e da persistência das mortes maternas por causas obstétricas diretas. **Conclusão:** persiste hegemônico o modelo tecnocrático de assistência ao parto, frente às mudanças observadas no perfil das mães e nascimentos, com redução lenta dos óbitos perinatais e neonatais e manutenção de elevada mortalidade materna demonstrando que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde; Saúde Materno-Infantil; Indicadores Básicos de Saúde

Abstract

Objective: to analyze the evolution of childbirth care in Brazil, between 1999-2013. **Methods:** a time-series ecological study, using data from Ministry of Health, Brazilian Institute of Geography and Statistics, and Interagency Network of Information for Health. 18 indicators were analyzed related to childbirth and mortality. **Results:** there was a reduction in rates of fertility, natality and the total number of births, with increased cesarean surgeries. Growth of prenatal consultation, intensive care beds and reduction of beds in obstetrics sector. The significant growth of cesarean deliveries, prenatal consultation coverage and concentration of births in hospitals occurred simultaneously with the growth: of preventable child deaths by adequate attention, management causes and appropriate delivery, prematurity; low weight; Down's syndrome; and the persistence of maternal deaths due to direct obstetric causes. **Conclusion:** persists hegemonic technocratic model of childbirth care without considering the observed changes in the profile of mothers and births, with slow reduction of perinatal and neonatal deaths and maintenance of high maternal mortality demonstrating that the critical situation of delivery care model in Brazil has not, yet, been overcome. **Keywords:** Delivery of Health Care; Maternal and Child Health; Health Status Indicators

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência à mulher no pré-natal, parto e pós-parto guarda estreita relação com a morbi-mortalidade materna e infantil.¹⁻² No Brasil, onde a assistência ao parto tem os cuidados centrados na hospitalização, na realização de intervenções invasivas e no uso excessivo de tecnologias e drogas para celeridade do trabalho de parto, predominam os óbitos maternos e infantis evitáveis.³⁻⁶

As mortes maternas evitáveis são definidas por Morte Materna Obstétrica Direta, resultante de complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.⁷

As causas de óbitos infantis evitáveis são consideradas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. A evitabilidade dos óbitos de menores de cinco anos de idade é analisada utilizando-se como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). No SUS utiliza-se a Lista de Causas de Mortes Evitáveis

proposta por Malta *et al.*, , com a seguinte classificação: reduzíveis por ações de imunoprevenção; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.⁸⁻⁹

Visando superar as lacunas e fragilidades do modelo de atenção ao parto, foi implantado, no ano 2000, no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Buscou-se assegurar a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, garantindo a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.¹⁰

Na prática cotidiana dos serviços, entretanto, encontram-se diversos problemas que interferem na qualidade da assistência prestada às mulheres. As redes de saúde ainda não estão consolidadas, há fragilidade na integração entre os cuidados de pré-natal e a assistência ao parto. Persiste a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com marcantes diversidades regionais e intra-regionais na distribuição e qualidade dos serviços de saúde.^{3,11,12}

A avaliação da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal é um objeto de grande interesse no campo da saúde. Para isso, a produção de informações, por meio de uma Análise de Situação de Saúde, é fundamental para orientação das ações em saúde, possibilitando a identificação de necessidades e prioridades, subsidiando a tomada de decisão.¹³

Nesse sentido, os Sistemas de Informações à Saúde (SIS) constituem-se ferramentas valiosas ao planejamento, organização e avaliação dos serviços e ações de saúde.¹⁴ No entanto, a qualidade e confiabilidade das informações produzidas por esses sistemas são

diretamente influenciadas pelos processos de coleta, registro, processamento e produção dos dados.¹⁵

Ao longo dos 28 anos de implantação do SUS, sucessivas políticas foram direcionadas à assistência obstétrica e neonatal com a finalidade de garantir atendimento oportuno e de qualidade às gestantes e recém-nascidos, incidindo assim na redução e controle dos indicadores de saúde materno e infantil. Nesse sentido, o presente estudo se propôs a analisar a assistência ao parto no Brasil nos últimos quinze anos, segundo o perfil dos nascimentos, as características dos nascidos vivos e os óbitos maternos e infantis evitáveis, a partir dos dados dos Sistemas de Informações à Saúde.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico de séries temporais sobre a evolução da assistência ao parto e nascimento no país, no período de 1999 a 2013. Utilizaram-se dados secundários dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Foram analisados 16 indicadores referentes aos nascimentos e óbitos. As informações relativas à assistência ao parto (número de partos normais e percentual de cesáreas) originaram-se do SIH (que registra exclusivamente as internações nas unidades do SUS); os dados relacionados à assistência pré-natal (número de gestantes com sete ou mais consultas) foram obtidos do Sinasc.

Foram utilizadas as frequências absolutas e relativas das primíparas com idades até 15 anos e 40 e mais anos de idade, e dos nascidos vivos (NV) que apresentavam: síndrome de

Down, baixo peso ao nascer (peso até 2.499g) e prematuridade (idade gestacional até 36 semanas), agrupados segundo as faixas etárias das mães (10 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 49 anos e 50 e mais anos).

Os coeficientes de mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com até 27 dias de vida completos, por mil NV) e perinatal (número de óbitos ocorridos no período perinatal - entre vinte e duas semanas completas de gestação e sete dias completos após o nascimento, por mil nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais), foram obtidos do SIM.

Os dados referentes à população total e ao número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foram calculados com base nos dados das estimativas inter-censitárias e do censo do IBGE.¹⁶

A taxa de fecundidade total (número médio de filhos NV, tidos por uma mulher, na faixa etária de 15 a 49 anos), a taxa bruta de natalidade (número de NV, por mil habitantes, na população residente) e a razão de morte materna (número de óbitos maternos, por 100 mil NV de mães residentes) foram obtidos, diretamente, da matriz de indicadores produzida pela Ripsa.¹⁷

Considerou-se como morte materna a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.⁷

As informações relativas à evitabilidade dos óbitos infantis e às causas da mortalidade materna foram extraídas do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Materna, da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/SVS/MS).

A partir da Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil proposta por Malta *et al.*,⁸ foram selecionadas para este estudo como causas de óbitos infantis evitáveis: reduzíveis por adequada atenção à gestação e parto; por adequada

atenção ao feto e ao recém-nascido; por ações de promoção à saúde; e óbitos não evitáveis. Entre as causas da mortalidade materna foram incluídas: causas obstétricas diretas (hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto); e causas obstétricas indiretas (mortes por aids e doenças do aparelho circulatório, complicando a gravidez, o parto e o puerpério)⁷.

Para cada um dos 16 indicadores analisados, foi calculado o Coeficiente de Variação Proporcional (VP), através da equação: $VP = [(Indicador \text{ último ano} / Indicador \text{ primeiro ano}) - 1] \times 100$.

A análise da tendência temporal dos indicadores foi realizada utilizando modelos de regressão linear simples. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%.¹⁸

Foram utilizados os softwares Tabwin 36b, The R Project for Statistical Computing 3.0.2 e Microsoft Excel 2007 para construção e análise do banco de dados.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190).

RESULTADOS

O número médio de filhos por mulher reduziu continuamente até atingir uma taxa de 1,78 em 2010, média inferior ao nível de reposição da população (2,1). Essa tendência de declínio foi acompanhada pela queda da taxa de natalidade, que reduziu 28,50%, entre o primeiro e último ano analisado (Tabela 1).

Segundo o SIH, ocorreram mais de 32,5 milhões de partos, representando 72,42% dos nascimentos ocorridos no país em todo o período avaliado. Paradoxalmente, houve

significativa redução dos partos vaginais ($p = 0,00$), com aumento de 63,68% das cesáreas ($p = 0,00$) (Tabela 2).

As consultas de pré-natal também apresentaram crescimento significativo ($p = 0,00$), representando um aumento médio anual superior a 28 mil gestantes assistidas com mais de sete consultas, nas redes pública e privada (Tabela 2).

Foram registradas aproximadamente 45 milhões de crianças nascidas vivas, nas redes pública e privada de saúde, com redução significativa de mais de 24 mil nascimentos por ano no Brasil ($p = 0,00$) (Tabela 3).

Apesar do decréscimo na proporção dos nascimentos entre as mães com idade até 19 anos, a maternidade na adolescência permaneceu elevada no país (19,28%). Ao contrário, observou-se aumento da proporção de nascidos vivos nas demais faixas etárias, com destaque para as faixas etárias entre 40 e 49 anos (35,03%) e de mais de 50 anos (175,00%). Verificou-se um aumento expressivo e significativo de primíparas com 40 anos e mais de idade ($p = 0,00$), com um acréscimo médio de 490 nascimentos ao ano (Tabela 3).

Em relação às crianças com síndrome de Down, o maior acréscimo foi verificado entre as mães com 40 e mais anos de idade (223,88%), proporção 30 vezes maior que o verificado nas outras faixas etárias, em 2013 (Tabela 4).

A variação proporcional dos nascimentos com baixo peso também foi maior entre as mães da faixa etária mais elevada (32,84%), enquanto entre os filhos das adolescentes registrou-se redução significativa ($p = 0,00$). A prematuridade apresentou a variação mais marcante com tendência crescente significativa em todas as faixas etárias (Tabela 4).

A razão de mortalidade materna apresentou redução média anual de 1,09 chegando em 2011 a 64,75 óbitos para cada cem mil NV. As taxas de mortalidade de crianças também reduziram. O coeficiente de mortalidade neonatal passou de 13,49 para 9,20/1.000. Enquanto a mortalidade perinatal reduziu de 22,95 para 17,79/1.000 nascimentos (Tabela 5).

O número de óbitos infantis reduziu significativamente, entretanto, aproximadamente 70,00% ocorreram por causas evitáveis, vitimando mais de 26.900 crianças em 2013. Entre os grupos de causas, aqueles relacionados à adequada atenção à gestação e ao parto apresentaram crescimento significativo ($p = 0,00$) com variação proporcional de 33,00% (Tabela 5).

Entre os óbitos maternos, a maioria das mortes esteve ligada às causas obstétricas diretas, com redução média anual de 0,70% de óbitos (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Nos quinze anos estudados, do total dos nascimentos quase 3/4 foram realizados na rede do SUS. Houve nessa rede um crescimento substantivo de cirurgias cesarianas. As taxas bem mais elevadas que os 15% máximos recomendados pela OMS situaram o Brasil como líder no ranking de partos operatórios no mundo, quadro crítico e desafiador para a assistência ao parto.

Com a maior prevalência de cesáreas (56,7%)¹⁹ do mundo, o Brasil se aproxima dos valores da Turquia (50,4%), México (45,2%), Chile (44,7%), e muito superior à Dinamarca (22,2%), Suécia (16,4%) e Holanda (15,6%).²⁰

O modelo assistencial tecnocrático pautado na supervalorização da tecnologia médica, medicalização e hospitalização do parto, na rede pública ainda que prevaleçam os partos vaginais, “a prática assistencial é excessivamente ritualística, intervencionista e não baseada em evidências científicas”.²¹

O número de partos reduziu nos quinze anos avaliados, entretanto, a gravidez na adolescência se manteve elevada. Entre as mulheres com 40 anos e mais de idade, as primíparas aumentaram em mais de 100%, caracterizando a postergação do nascimento do primeiro filho no País.

Nessa faixa etária, a idade representa um fator de risco independente para placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, parto cesáreo e mortalidade perinatal, inclusive natimorto. Portanto, o papel da vigilância pré-natal de rotina entre essas gestantes exige uma investigação mais aprofundada.²²

A Síndrome de Down foi mais frequente entre os filhos de mulheres com 40 e mais anos de idade, assim como o baixo peso ao nascer (BPN), este ultrapassando os 10% aceitáveis de acordo com a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança.²³ A prematuridade apresentou um crescimento marcante, entre os nascimentos das mães em todas as faixas etárias. Esses fatores representam risco direto para a morbidade, mortalidade e desenvolvimento das crianças.

O nascimento de crianças com baixo peso e prematuridade está, entre outros fatores, associado à baixa qualidade e equidade no pré-natal.^{3,24} O significativo crescimento do número das consultas de pré-natal identificado no estudo, revela a ampliação do acesso à assistência durante a gestação. Entretanto, estudos^{12,25,26} têm demonstrado que a alta cobertura da assistência pré-natal, não representa qualidade satisfatória.

A redução dos óbitos neonatais e perinatais ocorreu em ritmo lento com cerca 0,3 óbitos/1.000 NV por ano. Além disso, houve um aumento nas causas evitáveis dos óbitos infantis relacionadas à adequada atenção na gestação e parto. O lento decréscimo dos óbitos neonatais frente à redução substancial da mortalidade infantil aponta para a falta de integração entre a assistência pré-natal e o parto, e às altas taxas de cesarianas, muitas vezes desnecessárias. A predominância das causas de óbitos preveníveis por adequada atenção na gestação e parto evidencia a necessidade de qualificar a assistência durante a gestação e parto.^{5,27}

A razão de morte materna manteve-se persistentemente elevada e a maioria dos óbitos esteve relacionada às causas obstétricas diretas, principalmente por hipertensão e

hemorragias, preveníveis em sua maioria com acompanhamento no pré-natal e atenção ao parto e nascimento de qualidade, contexto que sugere falhas na adequação e qualidade da assistência obstétrica, desde o pré-natal até o pós-parto imediato.²⁷ No mundo, nas últimas décadas, A Razão de Morte Materna reduziu em ritmo bem mais acelerado que observado no Brasil, e nos países onde esses óbitos apresentam valores aceitáveis, conforme classificação da OMS, predominam as causas de morte indiretas.^{6,28,29}

Os resultados do presente estudo apontam para possíveis problemas na qualidade da assistência obstétrica hospitalar e no pré-natal, quando o aumento em sua cobertura ocorreu simultaneamente ao crescimento dos óbitos infantis preveníveis por adequada atenção na gestão e parto; da prematuridade; do baixo peso; da síndrome de Down; e manutenção das mortes maternas por causas obstétricas diretas.

Nos quinze anos estudados, houve profundas transformações, que demonstram que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada, e representa um cenário desafiador. Persiste hegemônico o modelo tecnocrático de assistência ao parto, frente às mudanças observadas no perfil das mães e nascimentos, com redução lenta dos óbitos perinatais e neonatais e manutenção de elevada mortalidade materna. Denunciando que o sistema precisa se organizar para solucionar antigos problemas e atender às novas demandas, direcionando esforços para garantia do cuidado que assegure o direito ao parto e nascimento seguros e saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Lea MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 Sup.: S128-S139
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Pesquisa Nascido Brasil: Intervenções

- obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Sup 1): S17-S47
3. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascido Brasil: Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Sup 1): S192-S207
 4. Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015 328p.
 5. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):907-916
 6. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013; 35(12):533-5
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, 2009.
 8. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAF, Neto OLB, Ferraz W, Souza MFM. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(4):233-244
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, 2009
 10. Pontes, MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1):69-78
 11. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá, DA, Souza WV, Lyra, TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saúde Pública* 2014;48(4):682-691
 12. Radis, *Comunicação e Saúde: Acesso e humanização, direitos da mãe e do bebê*. Editora FIOCRUZ, 2012; 117
 13. Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, p. 1-3, 1999.
 14. Lima CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informações em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10):2095-2109.
 15. Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol, MZ, Almeida Filho, N (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap.21, p. 605-628.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 – 2060*. [acesso em: 20 out. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>
 17. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos para a saúde no Brasil 2012*. [acesso em 05 out. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>
 18. Montgomery DC, Jennings CL, Kulachi M, editors. *Introduction to Time Series Analysis and Forecasting*. 1nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2015. [acesso em 20 out. 2015] Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
20. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015. Paris: OECD Publishing; 4 nov 2015.
21. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(5): 895-902
22. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos KM.. Parto e idade: características do estado do Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde*. 2013; 39(2):99-108
23. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Nova Iorque: ONU; 1990.
24. Capelli JCS, Pontes JS, Pereira SEA, Silva AAM, Carmo CN, Boccolini CS, Almeida MFL. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(7):2063-2072
25. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800
26. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-437
27. Barros FC, Matijasevich A, Requeio JH, Giugliani E, Maranhão EG, Monteiro CA, Barros AJD, Bustreo F, Meriáldi M, Victora CG.. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; Published online ahead of print August 19.
28. Szwarcwald CL et al. Pesquisa Nascido Brasil: Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(suppl.1): S71-S83
29. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb LD. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(1):64-9

Recebido em 14 de dezembro de 2015

Versão final apresentada em 14 de março de 2016

Aprovado em 7 de abril de 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200004>

Tabela 1 - População geral, de mulheres em idade fértil, natalidade e fecundidade. Brasil - 1999 a 2013

Ano	População	Mulheres em Idade Fértil		Taxa Natalidade	Taxa Fecundidade
		N	*%		
1999	163.947.436	53.663.899	32,73	21,86	2,33
2000	169.799.170	55.525.740	32,70	20,32	2,29
2001	172.385.776	56.386.231	32,71	19,49	2,20
2002	174.632.932	57.134.205	32,72	18,73	2,12
2003	176.876.251	57.880.352	32,72	18,23	2,07
2004	179.108.134	58.623.425	32,73	17,88	2,03
2005	184.184.074	60.313.460	32,75	17,47	1,99
2006	186.770.613	61.174.428	32,75	17,00	1,94
2007	189.335.191	61.095.856	32,27	16,60	1,90
2008	189.612.814	60.974.994	32,16	16,26	1,86
2009	191.481.045	61.417.666	32,08	15,98	1,84
2010	190.755.799	62.110.637	32,56	15,78	1,82
2011	192.379.287	62.649.609	32,57	15,63	1,78
2012	193.976.530	63.177.694	32,57	-	-
2013	201.032.714	63.470.428	31,57	-	-
Varição proporcional	22,62	18,27	-3,54	-28,50	-23,61
B	-	-	-	-0,47	-0,05
p valor	-	-	-	0,00	0,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs.

Nota: * Proporção em relação ao total da população/ano.

Tabela 2 - Partos normais, percentual de cesárea e consultas de pré-natal. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	Partos Normais	*% Cesárea	Gestantes com 07 e + Consultas Pré-natal	
			N	**%
1999	1.992.568	24,89	1.510.040	46,37
2000	1.906.320	23,92	1.401.585	43,71
2001	1.801.406	25,06	1.419.062	45,55
2002	1.753.659	25,18	1.463.469	47,84
2003	1.664.680	26,39	1.516.553	49,92
2004	1.626.092	27,53	1.573.185	51,98
2005	1.596.483	28,61	1.601.391	52,76
2006	1.498.323	30,14	1.606.185	54,54
2007	1.496.045	32,23	1.613.980	55,82
2008	1.334.663	33,24	1.672.280	56,98
2009	1.292.222	34,77	1.667.192	57,86
2010	1.237.083	36,74	1.733.492	60,57
2011	1.199.623	38,40	1.785.198	61,28
2012	1.132.041	40,18	1.792.629	61,69
2013	1.063.764	40,74	1.812.681	62,42
Varição proporcional	-46,61	63,68	20,04	34,61
B	-64.369	1,29	28.708	1,38
p valor	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SIH/MS; SINASC/MS

Nota: * Proporção em relação ao total de partos realizados na rede SUS/ano.

** Proporção em relação ao total de nascidos vivos/ano

Tabela 3 – Nascidos vivos segundo faixa etária da mãe. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	Nascidos Vivos	Faixa etária				Primeiro Filho/Faixa etária			
		Adolescentes *%	20 a 39 anos *%	40 a 49 anos *%	50 e + anos *%	Até 15anos		40 e + anos	
						n	**%	N	**%
1999	3.256.433	23,16	73,65	1,77	0,00	53.109	62,12	4.555	7,88
2000	3.206.761	23,40	74,13	1,88	0,00	55.730	62,91	4.952	8,19
2001	3.115.474	23,27	74,34	1,92	0,00	55.736	63,34	5.549	9,27
2002	3.059.402	22,65	75,15	1,95	0,00	52.647	62,48	5.521	9,25
2003	3.038.251	22,15	75,68	1,98	0,00	53.297	63,26	5.883	9,78
2004	3.026.548	21,85	75,92	2,06	0,00	54.169	66,48	6.704	10,76
2005	3.035.096	21,78	76,01	2,05	0,00	53.740	66,57	6.748	10,84
2006	2.944.928	21,49	76,37	2,12	0,01	57.946	72,03	7.998	12,75
2007	2.891.328	21,11	76,71	2,16	0,01	59.101	73,46	8.129	12,98
2008	2.934.828	20,42	77,40	2,17	0,01	62.791	76,42	9.021	14,10
2009	2.881.581	19,95	77,83	2,21	0,01	63.368	78,37	9.394	14,70
2010	2.861.868	19,31	78,44	2,24	0,01	62.341	79,34	9.707	15,09
2011	2.913.160	19,25	78,46	2,27	0,01	61.754	77,62	10.213	15,33
2012	2.905.789	19,28	78,37	2,34	0,01	61.779	77,50	10.794	15,79
2013	2.904.027	19,28	78,32	2,39	0,01	62.775	78,89	11.068	15,89
Varição proporcional	-10,8	-16,75	-6,34	35,03	175,00	18,20	27,05	142,99	101,27
B	-24.541	-0,34	0,36	0,04	0,0007	806	1,49	490	0,64
p valor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINASC/MS

Nota: * Proporção em relação ao total dos nascimentos/ano; ** Proporção em relação ao total dos nascimentos da faixa etária/ano.

Tabela 4 – Nascidos vivos com síndrome de Down, baixo peso ao nascer e prematuridade, segundo faixa etária das mães. Brasil, 1999 e 2013.

Variáveis	1999		2013		1999 a 2013		
	N	*%	N	*%	Variação Proporcional	Tendência	
						B	p valor
Síndrome de Down							
10 a 19 anos	27	0,00	66	0,01	144,44	0,7	0,53
20 a 39 anos	251	0,01	530	0,02	111,16	12	0,06
40 e mais anos	67	0,17	217	0,31	223,88	7	0,01
Baixo Peso ao Nascer							
10 a 19 anos	66.201	8,78	53.159	9,49	-19,70	-1.198	0,00
20 a 39 anos	170.807	7,12	185.570	8,16	8,64	1.092	0,00
40 e mais anos	6.318	10,93	8.393	12,05	32,84	127	0,00
Prematuridade							
10 a 19 anos	32.841	4,35	74.396	13,29	126,53	1480	0,03
20 a 39 anos	84.034	3,50	248.504	10,93	195,72	8184	0,00
40 e mais anos	2.618	4,53	10.548	15,14	302,90	412	0,00

Fonte: SINASC/MS

Nota: * Proporção em relação ao número total de nascimentos da faixa etária/ano.

Tabela 5 – Mortalidade materna e infantil segundo grupos de causas. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	*Razão Morte Materna	**Coef. Mort. Neonatal	**Coef. Mort. Perinatal	ÓBITOS INFANTIS EVITÁVEIS				ÓBITOS INFANTIS NÃO EVITÁVEIS	ÓBITOS MATERNOS		
				Adequada atenção à gestação e parto %	Adequada atenção ao feto e RN %	Ações de promoção à saúde %	Total		Causas Obstétricas Diretas %	Causas Obstétricas Indiretas %	Total
1999	92,26	13,49	22,95	40,42	31,31	13,98	48541	20804	70,99	26,02	1868
2000	73,30	13,60	22,71	41,01	32,11	12,93	46490	21709	75,19	21,23	1677
2001	70,91	12,92	22,31	41,28	32,98	12,57	42760	19183	76,60	19,78	1577
2002	75,87	12,64	21,75	43,29	31,63	12,44	40959	17957	73,41	23,75	1655
2003	72,99	12,27	21,41	44,26	29,75	12,78	39679	17861	74,57	21,76	1553
2004	76,09	11,86	20,80	45,82	29,78	11,67	37290	16893	70,93	24,44	1641
2005	74,68	11,33	19,76	46,22	29,32	11,67	36193	15351	73,70	22,72	1620
2006	77,16	11,07	19,70	50,56	26,64	10,82	34036	14296	71,78	25,75	1623
2007	76,99	10,66	19,02	51,17	27,54	9,73	31957	13412	74,03	23,40	1590
2008	68,73	10,28	18,62	52,08	27,56	9,21	30755	13345	71,15	25,34	1681
2009	72,00	10,14	18,67	51,82	28,28	8,65	29722	12920	63,25	34,67	1872
2010	68,20	9,67	18,06	54,15	27,00	8,30	27565	12305	66,72	30,66	1719
2011	64,75	9,45	17,85	53,46	27,59	7,77	27469	12247	66,46	29,88	1610
2012	-	9,33	17,97	53,20	27,63	8,04	26899	12224	65,57	31,27	1583
2013	-	9,20	17,79	53,76	26,00	8,48	26930	12036	68,03	28,53	1686
Varição proporcional	-29,82	-31,80	-22,48	33,00	-16,96	-39,34	-44,52	-42,15	-4,17	9,65	-9,74
B	-1,09	-0,34	-0,41	1,11	-0,43	-0,46	-1593	-712	-0,68	0,70	-1,46
p valor	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)
 Nota: * Por 100.000 Nascidos Vivos; ** Por 1.000 Nascidos Vivos

5.2 Artigo 2 - A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar na perspectiva das gestantes em uma capital brasileira

Ana Lúcia Andrade da Silva¹

Antonio da Cruz Gouveia Mendes²

Gabriela Morais Duarte Miranda³

Wayner Vieira de Souza⁴

¹⁻⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

RESUMO

Esse estudo avaliou a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar, na cidade do Recife, a partir da satisfação das gestantes. Realizou-se um estudo transversal de cunho exploratório, em todas as unidades públicas hospitalares da rede, sendo agrupadas segundo natureza da gestão. Foi entrevistada uma amostra de 1.000 gestantes, utilizando-se questionário estruturado. Para avaliação da qualidade do atendimento definiu-se quatro dimensões: Acolhimento; Respeito ao Direito das Pessoas; Assistência no pré-natal e parto; e Ambiência. A significância dos resultados foi analisada através do teste de Friedman. Identificou-se: para cada cinco partos realizados um foi em adolescentes; altíssima cobertura do pré-natal, sem conexão com a assistência ao parto e intensa concentração das unidades de referência na capital, com grande migração de gestantes. Houve atendimento imediato na recepção das unidades realizado de forma gentil pelos seus profissionais, associado ao respeito e confiança na equipe de saúde. O internamento em alojamento conjunto, o contato pele a pele e orientação e estímulo à amamentação estiveram instituídos na rede. Entretanto, as mulheres foram expostas a longos tempos de espera por atendimento pela equipe, não foi garantida a presença de seu acompanhante, nem instituída a amamentação na sala de parto, além de relatos de violência obstétrica. As gestantes estiveram satisfeitas com o Acolhimento e a Assistência ao parto e com grande insatisfação com a Ambiência. Resultados que apontam a necessidade da reorganização da assistência obstétrica na capital e estado de Pernambuco, visando consolidar a humanização da atenção.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde; Satisfação do Usuário; Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study is willing to evaluate the quality of the attention to birth in hospital public network, in the city of Recife, starting from the satisfaction of the pregnant women. There has been done an exploratory cross-sectional study, in all units of public hospital which compose the network, being organized by the type of management. A sampling of 1.000 pregnant women was interviewed, by using a structured form. To evaluate the quality of service four dimensions were defined: Reception; Respect to human rights; prenatal and birth assistance; and Environment. The significance of the results was analyzed using the Friedman test. It was found: for each five births, one was of a teenager; high prenatal coverage, no connection with the birth assistance and intense concentration of and reference units in the capital, with great pregnant migration. There has been immediate assistance of the reception in the units done kindly by its staff, associated with the respect and reliance on the help personnel. The hospitalization in group accommodation, skin on skin contact and orientation together with breastfeeding encouragement were established in the network. However, the women were exposed to long waiting sessions by the staff service, the presence of their companion wasn't authorized, nor was delivery room breastfeeding established, not to mention the reports of obstetrician violence. The expectant mothers were happy with the Reception and Assistance to their delivery and highly unsatisfied with the Environment. Results show the need of reorganization of obstetrical assistance in both the capital and the whole state of Pernambuco, aiming at solidifying the humanization of attention.

Keywords: Health Evaluation; User satisfaction; Assistance to health.

RESUMEN

Este estudio evaluó la calidad de la asistencia al parto en la red de hospitales públicos en la ciudad de Recife, a partir de la satisfacción de las mujeres embarazadas. Se realizó un estudio transversal de carácter exploratorio, en todas las unidades públicas hospitalarias, que son agrupadas en función de la naturaleza de la gestión. Una muestra de 1.000 mujeres embarazadas fue entrevistada mediante un cuestionario estructurado. Para evaluar la calidad de la atención se definió cuatro áreas: La recepción; El Respeto a la Ley de las Personas; Asistencia en la atención prenatal y el parto; y El ambiente. La significación de los resultados fue analizada mediante el test de Friedman. Fue identificado: por cada cinco partos realizados uno estaba en adolescentes; una elevada cobertura de la asistencia prenatal, sin conexión con la asistencia del parto e intensa concentración de las unidades de referencia en la capital, con gran migración de las mujeres embarazadas. Hubo cuidado inmediato en la recepción de las unidades realizadas gentilmente por sus profesionales, asociados al respeto y a la confianza en el equipo de salud. El Internamiento en el alojamiento conjunto, el contacto de piel a piel y la orientación y el estímulo de la lactancia materna se han establecido en la red. Sin embargo, las mujeres fueron expuestas a largos tiempos de espera para recibir atención por el equipo, no estaba garantizada la presencia de su compañero, ni se estableció la lactancia materna en la sala de parto, además de los informes de violencia obstétrica. Las mujeres embarazadas estaban satisfechas con la Recepción y la Asistencia con el parto y con una gran insatisfacción con el Ambiente. Los resultados apuntan hacia la necesidad de reorganización de la atención obstétrica en la capital y en el estado de Pernambuco, para consolidar la humanización de la asistencia.

Palabras clave: Evaluación de la Salud; La satisfacción del usuario; Atención de Salud

INTRODUÇÃO

No Brasil, o percurso da organização da assistência obstétrica determinou a consolidação de forma hegemônica do modelo tecnocrático, excessivamente medicalizado, não baseado em evidências científicas, com a despersonalização do cuidado e o predomínio do uso de tecnologia^{1,2}.

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a implantação da humanização da assistência ao parto, foi lançado, no Brasil, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)³. A assistência humanizada ao parto representa a contracultura ao modelo hegemônico, e envolve conhecimentos, práticas e atitudes que promovam partos e nascimentos saudáveis. Garantindo a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher com o desenvolvimento de procedimentos comprovadamente benéficos, sem intervenções desnecessárias, com o respeito às escolhas informadas e a presença de um acompanhante à escolha^{4,5} da parturiente.

Ao longo desses anos, várias medidas e iniciativas vêm sendo adotadas, buscando-se consolidar o paradigma humanista de assistência obstétrica, no sentido de qualificar os cuidados prestados às mulheres e recém-nascidos no Sistema de Saúde⁶.

Donabedian⁷ apresentou os atributos da qualidade desejáveis nos serviços de saúde, que ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade. São eles: *Eficácia* (o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais); *Efetividade* (o efeito real num sistema operacional); *Eficiência* (o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo); *Otimização* (o cuidado efetivo possível de ser obtido através da relação custo-benefício mais favorável); *Legitimidade* (relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo); *Equidade* (relacionado à justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população); e *Aceitabilidade*.

O autor incluiu os não especialistas (os pacientes) na definição de parâmetros e mensuração da qualidade dos serviços. Para ele, a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio do atributo *Aceitabilidade*, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento, bem como tudo aquilo que o paciente considera justo ou equânime⁷.

A satisfação dos usuários configura-se, portanto, como importante campo na avaliação da qualidade. Seu nível de satisfação reflete os diversos momentos do atendimento, assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento entre os usuários e o serviço de saúde, é um importante índice para a avaliação da assistência⁸⁻¹⁰.

No Brasil, o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS)¹¹ elaborou uma metodologia de avaliação composta por dimensões que apreendem: o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o desempenho e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade, definindo dimensões para a sua avaliação.

O presente estudo selecionou algumas dessas dimensões que melhor se aplicam à avaliação da qualidade da assistência obstétrica, destacando-se: o *Acolhimento* (processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas às necessidades das usuárias); o *Respeito ao Direito das Pessoas* (concebido como a capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam centrados nas pessoas, na perspectiva dos direitos de cidadania); a *Assistência pré-natal e parto* (prestação de cuidados pautados no modelo humanístico da assistência obstétrica e neonatal); e a *Ambiência* (condições oferecidas e a organização do ambiente adequadas ao atendimento com qualidade de bem-estar integral no ambiente)^{11, 12}.

A avaliação da assistência obstétrica pelas gestantes configura-se, portanto, como uma etapa fundamental para mensurar a qualidade da atenção. Nesse contexto, considerando que a avaliação dos serviços de saúde subsidia o planejamento e a gestão do Sistema, contribuindo para a melhoria de sua qualidade, esse estudo se propôs a avaliar a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar, na cidade do Recife, a partir da satisfação das suas usuárias.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo transversal, de cunho exploratório, sobre a qualidade da assistência ao parto hospitalar na rede pública da cidade do Recife, a partir da avaliação das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas entre junho e agosto de 2015.

Em 2015, na cidade do Recife, a rede pública de atenção ao parto hospitalar era composta por 8 unidades: 3 maternidades municipais de referência ao parto de médio risco; 3

hospitais estaduais; 1 hospital filantrópico e 1 hospital federal de referência ao parto de alto risco para todo o estado de Pernambuco. Nessa rede, são realizados aproximadamente 63% e 27% dos partos ocorridos na Região Metropolitana do Recife e do Estado de Pernambuco, respectivamente.

Para o cálculo da amostra das usuárias, as oito unidades foram agrupadas segundo esfera de gestão, conformando-se quatro estratos: municipal, estadual, filantrópico e federal. Considerando-se o quantitativo total do número de partos realizados nas unidades no trimestre, período estabelecido para realização das entrevistas, definiu-se a expectativa de 60,0% de satisfação das usuárias com a assistência recebida, erro de 6,0% e 5,0% de significância estatística. Obteve-se uma amostra de 250 usuárias, por estrato, totalizando 1.000 usuárias entrevistadas.

As usuárias foram entrevistadas enquanto estavam internadas nas unidades, utilizando-se questionário fechado, por 10 estudantes do curso de graduação de medicina do 5º ano, da Universidade Federal de Pernambuco. Optou-se pela seleção destes, por encontrarem-se no internato em obstetrícia, facilitando a compreensão das questões postas às entrevistadas. Foi realizado estudo piloto para avaliação do questionário e treinamento dos estudantes para discussão e apresentação dos objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta dos dados.

Buscando-se garantir a aleatoriedade da participação, as visitas às unidades foram realizadas todos os dias da semana, nos diversos horários, durante o trimestre de coleta dos dados.

O questionário foi elaborado especificamente para os propósitos desta pesquisa, baseando-se no referencial teórico da avaliação da qualidade dos serviços de saúde de Donabedian⁷ e da matriz de avaliação do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - PROADESS¹¹, utilizando-se também as principais políticas que normatizam a assistência obstétrica no SUS^{12, 13}.

O questionário foi composto por 58 questões, distribuídas em quatro seções: i) identificação do questionário/entrevistador; ii) caracterização das usuárias; iii) avaliação da assistência; iv) e avaliação da satisfação das usuárias. As questões que se referiram à satisfação apresentavam cinco alternativas para julgamento: Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo.

Com base no referencial adotado, foram definidas quatro Dimensões da Satisfação: i) *Acolhimento*: o tempo de espera para atendimento na recepção, a gentileza dos profissionais na recepção, o atendimento na recepção de forma geral, e o tempo de espera para atendimento

pela equipe de saúde; ii) *Respeito ao direito das pessoas*: o respeito dos profissionais, a confiança nos profissionais, a privacidade, o apoio nos momentos de dor e medo, a possibilidade de fazer perguntas e receber orientações, e a possibilidade de fazer reclamações; iii) *Assistência*: a assistência pré-natal, as orientações dos cuidados com o recém-nascido, o trabalho dos médicos, e o trabalho da equipe de enfermagem; iv) *Ambiência*: a temperatura, o barulho, o conforto, a limpeza, a quantidade e qualidade das refeições, e a quantidade e a qualidade das roupas.

A descrição das usuárias, segundo atributos pessoais e assistenciais foi apresentada em frequências absolutas e relativas. A caracterização do atendimento foi realizada segundo os estratos (esferas de gestão das unidades) em frequências relativas.

Para mensurar o grau de satisfação das participantes, sob a hipótese de independência das observações, criou-se uma variável dicotômica, considerando que os atributos Péssimo, Ruim e Regular referiam-se à *insatisfação*, e Bom e Ótimo, à *satisfação*.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre as dimensões de insatisfação e seus atributos optou-se pelo Teste de Friedman, por se tratar de amostras relacionadas, as mesmas pessoas avaliando diferentes aspectos. Assim, foram apresentados os *means rankings* de insatisfação entre as usuárias, considerando quanto menor a média, maior a insatisfação das participantes.

A proporção de insatisfação foi apresentada considerando o número total de usuárias que responderam sobre cada aspecto avaliado, contudo o N_f considerado pelo teste de Friedman representou o conjunto de pessoas que responderam sobre todos os aspectos.

O estudo é parte dos resultados da tese de doutorado que teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190) e foi financiado pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Entre as 1.000 usuárias entrevistadas, mais de 21% eram mães adolescentes, e cerca de 30,0% tinham Ensino Fundamental incompleto ou nenhuma escolaridade. A maioria (75,6%) apresentava entre 20 e 39 anos, cor parda (69,4%), com Ensino Médio completo (39,1%) e residência fora cidade do Recife (61,7%). Mais de 47% eram primíparas (Tabela 1).

Mais de 95% das usuárias realizaram pré-natal, destas, 56,7% fizeram 7 ou mais consultas, e a minoria (25,2%) recebeu informações sobre o local onde iria parir. As Unidades Básicas de Saúde representaram o principal local para realização dessa assistência, com frequência superior a 70%. Mais da metade (56,4%) das gestantes passou por duas ou mais unidades na busca por atendimento no momento do parto, com 48,7% de usuárias transferidas entre as maternidades. A ambulância (480) e o carro próprio (383) foram os meios de transportes mais utilizados. Cerca de 28% das gestantes percorreram mais de 50 Km e levaram mais de duas horas para chegar à unidade onde receberam atendimento (Tabela 2).

Em relação ao atendimento recebido nas unidades, mais de 90% das gestantes foram atendidas na recepção em até 30 minutos. Nas unidades estaduais, 83,8% das usuárias esperaram menos de meia hora pelo atendimento da equipe de saúde, em contrapartida, nas municipais e filantrópica, mais de 25% das gestantes esperaram mais de uma hora para serem assistidas (Tabela 3).

A realização de parto normal foi maioria entre as unidades municipais (80%), enquanto nos hospitais estaduais e filantrópico os partos cirúrgicos ultrapassaram 55%. Em todas as unidades a maioria dos partos foi realizada por médicos. Nas unidades municipais, observou-se a maior proporção (13,5%) de partos realizados por enfermeiros. A permissão da presença do acompanhante em todos os momentos foi maior que 80% no hospital filantrópico e menor que 40% nas estaduais (Tabela 3).

O contato pele a pele na sala de parto foi superior a 80% em todas as unidades. Contrariamente, a amamentação na sala de parto apresentou baixas proporções em toda a rede, sendo maior na unidade federal (22,0%) e menor nas municipais (6,0%). Mais de 30% dos recém-nascidos necessitaram de cuidados hospitalares, desses, a maioria esteve em UTI nas instituições estaduais (50,4%) e filantrópica (42,9%). O berço aquecido foi o equipamento mais utilizado nas unidades federal (77,3%) e municipais (54,9%). O internamento em alojamento conjunto passou de 90% nas unidades municipais, e não ocorreu em mais de 20% dos internamentos nos hospitais federal e estaduais.

Em relação à orientação e ao estímulo à amamentação, verificou-se a maior proporção (91,6%) no hospital filantrópico. Mais de 11% das parturientes não foram abordadas sobre a questão nas outras unidades da rede. Os menores percentuais de orientação sobre os cuidados puerperais e com os recém-nascidos foram verificados nas unidades municipais e estaduais (Tabela 3).

Entre as usuárias entrevistadas, 5% relataram ter sofrido violência durante o atendimento, com maiores proporções nas unidades municipais e estaduais. Em todas as unidades, o principal tipo de violência sofrido foi o psicológico. Na avaliação geral do atendimento recebido, 87,6% das usuárias estiveram satisfeitas no hospital filantrópico, enquanto mais de 25% das gestantes assistidas nas unidades municipais e estaduais não retornariam livremente para atendimento futuro (Tabela 3).

A análise da satisfação das usuárias apresentou diferenças em todas as dimensões avaliadas ($p = 0,000$). As usuárias estiveram mais satisfeitas com a Assistência e o Acolhimento e mais insatisfeitas com a Ambiência (46,9%) e o Respeito ao Direito das Pessoas (26,6%) (Tabela 4).

Em relação ao Acolhimento, a maior satisfação foi com a gentileza dos profissionais (86,7%) e as maiores insatisfações foram com o tempo de espera para atendimento pela equipe de saúde (40,7%), seguidas pelo tempo de espera para atendimento na recepção (23,2%). Na avaliação do Respeito ao Direito das Pessoas, as usuárias estiveram mais satisfeitas com o respeito (88,2%) e a confiança (84,3%) nos profissionais e mais insatisfeitas com a possibilidade de fazer reclamações (48,1%) e com a privacidade (43,0%) (Tabela 4).

Em relação aos aspectos avaliados na dimensão de Assistência pré-natal e parto, verificou-se a maior satisfação com o trabalho dos médicos e a menor com a assistência pré-natal. Na dimensão da Ambiência, identificaram-se os maiores percentuais de insatisfação em todos os aspectos avaliados, sendo superior na temperatura da enfermaria (62,2%) e quantidade e qualidade das roupas (49,2%) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O perfil das usuárias atendidas na rede pública de atenção ao parto hospitalar, na cidade do Recife, é de primíparas pardas, com idade entre 20 e 39 anos, com Ensino Médio completo, residentes de Recife e municípios da Região Metropolitana.

Apesar da redução nas taxas de fecundidade e da melhoria das condições sociais ocorridas no Brasil, nas últimas décadas¹⁴, identificou-se que, na capital do estado de Pernambuco, para cada cinco partos realizados, um foi em adolescentes. Situação que representa ônus social e tem sua ocorrência possivelmente relacionada à falta de acesso ao planejamento familiar; às informações sobre a prática de sexo seguro e responsável; e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Do ponto de vista social, a gravidez na adolescência é considerada causa e consequência da pobreza. Por um lado, sua ocorrência é mais frequente em situações de baixas condições de vida e educação e de exclusão social^{15, 16}, por outro, representa uma porta de entrada para a pobreza, na medida em que provoca a redução de oportunidades sociais e econômicas, incluindo o acesso aos estudos¹⁷.

Os resultados demonstraram que a maioria das usuárias atendidas na rede reside fora da cidade do Recife, caracterizando uma migração das gestantes para parir na capital. Fluxo em parte justificado por que entre as oito unidades avaliadas, cinco são hospitais de referência ao parto de alto risco para todo o estado de Pernambuco, embora mais da metade foram partos vaginais.

Situação diferente é encontrada no Ceará, onde a assistência ao parto de baixo e médio risco é garantida nos municípios de residência das gestantes, sendo, portanto, a maioria dos partos realizada na capital de residentes de Fortaleza¹⁸.

Os achados da altíssima adesão e cobertura do pré-natal com a péssima vinculação ao parto revelam a fragmentação no atendimento às gestantes que percorrem por conta própria fluxos desordenados entre as cidades e as maternidades, peregrinando por duas ou mais unidades na busca por atendimento no momento do parto como fica evidenciado nos resultados.

A falta de conexão entre os serviços que prestam assistência pré-natal e aqueles que disponibilizam assistência ao parto, associada a problemas na organização dos serviços de saúde, à carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos representa um obstáculo entre a busca e a obtenção dos serviços para as gestantes no SUS¹⁹⁻²¹.

Verificou-se que as usuárias foram atendidas de imediato na recepção das unidades, entretanto, houve demora para assistência pela equipe de saúde, principalmente nas unidades municipais e filantrópica. A permissão da presença do acompanhante em todos os momentos foi assegurada no hospital filantrópico e não garantida nas outras unidades, caracterizando a inadequação da assistência prestada na rede pública do Recife.

A assistência de qualidade ao parto, incluindo os direitos reprodutivos da mulher de ter um acompanhante de sua livre escolha, uma vaga assegurada em maternidade de fácil acesso e atendimento digno (sem espera longa) ocorre em sinergia negativa com a escolaridade, raça e situação socioeconômica das mães²²⁻²⁴.

Os elevados percentuais de partos cesáreos observados nas unidades de alta complexidade no Recife refletem a concentração dos serviços de referência na capital. Em um

estado de longa extensão territorial, a má distribuição dos serviços e leitos obstétricos configura-se como uma barreira ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, forçando-as a percorrer longas distâncias por atendimento, contribuindo sobremaneira para a elevada peregrinação encontrada.

Para Leal *et al.*,²⁵, no Brasil, a alta cobertura do atendimento hospitalar na assistência ao parto é ainda permeada com obstáculos no acesso à maternidade. Há desorganização do sistema de saúde na oferta dos leitos obstétricos e neonatais, com maior concentração da oferta nas capitais dos estados, onde se concentram os serviços com maiores recursos tecnológicos.

Nas maternidades municipais, o quantitativo de partos vaginais esteve adequado ao seu nível de complexidade, com maior participação de enfermeiros, porém essa condição não propiciou a amamentação na sala de parto, que foi pouco praticada em toda a rede. Em contrapartida, a maioria das mulheres foi sensibilizada e estimulada a amamentar.

Contudo, um número razoável de mulheres deixou os serviços de saúde sem qualquer abordagem a esse respeito. Achados não condizentes com a proposta da humanização da assistência ao parto, em todas as unidades certificadas em Iniciativa Hospital Amigo da Criança, resultados semelhantes foram verificados por outros estudos^{26, 27}.

Em relação ao contato pele a pele mãe-bebê e ao internamento em alojamento conjunto, verificou-se que ambos estiveram instituídos nas unidades, propiciando o fortalecimento dos vínculos às puerperas e seus recém-nascidos. Situação também identificada em estudo realizado em Curitiba²⁸.

Nas unidades avaliadas, cinquenta mulheres, ouvidas ainda durante o internamento, relataram terem sofrido violência, realidade que vem sendo amplamente discutida na literatura^{22, 29, 30}, buscando-se a visibilidade no sentido de garantir o respeito à dignidade e aos direitos das mulheres.

O atendimento nos hospitais filantrópico e federal foi melhor avaliado pelas usuárias, enquanto os cuidados prestados nas maternidades municipais e estaduais apresentaram insatisfação acima da esperada. Situação que se reveste de importância para a gestão e a organização dos serviços de atenção ao parto na capital.

Em relação à avaliação da satisfação das usuárias, segundo as dimensões da qualidade da assistência adotadas por este estudo, observou-se que as maiores satisfações foram com a Assistência e o Acolhimento e a maior insatisfação com a Ambiência.

Na dimensão Acolhimento, apesar da boa avaliação com a gentileza e seu atendimento na recepção, houve um alto grau de insatisfação com o tempo de espera para atendimento pela equipe de saúde, demonstrando que receber as gestantes de forma inclusiva e responsável requer mais que cortesia e gentileza. A demora pela assistência dos profissionais possivelmente está associada à demanda maior que a capacidade de atendimento nas unidades e ao seu quantitativo de profissionais, condição que interfere na qualidade do atendimento às gestantes nas unidades.

A avaliação dos aspectos relacionados com o Respeito ao Direito das Pessoas demonstrou altíssima satisfação com o respeito e confiança nos profissionais, retratando a capacidade dos serviços de saúde de atender às necessidades das gestantes na perspectiva dos direitos de cidadania. Situação reforçada quando a maioria das gestantes relatou receber apoio em seus momentos de dor e medo. Houve grande insatisfação com a privacidade e impossibilidade de fazer reclamações evidenciando problemas de adequação da estrutura hospitalar. Outros estudos também identificaram avaliações positivas das mulheres relacionadas ao respeito, a confiança e ao trabalho dos profissionais^{4, 18, 31}.

Na avaliação da Assistência, chama a atenção a altíssima satisfação com o trabalho dos médicos, condizente com o sentimento de respeito e confiança verificados na dimensão anterior. Embora a avaliação da assistência pré-natal tenha demonstrado que a maioria das usuárias realizaram sete consultas ou mais nas unidades básicas de saúde, a grande insatisfação das usuárias com o pré-natal pode estar relacionada à desvinculação entre o pré-natal e o parto, problema ainda não superado nos serviços de saúde do SUS^{19-21,25}.

Os aspectos avaliados na dimensão Ambiência apresentaram altíssima insatisfação com a temperatura na enfermaria, a qualidade e quantidade das roupas, o barulho e o conforto, demonstrando que a estrutura das unidades não estão adequadas à humanização e qualidade da assistência.

Os achados desse estudo demonstram que o modelo de humanização da assistência ao parto não encontra-se implantado em sua plenitude nas unidades públicas da cidade do Recife. A qualidade do atendimento tem sido comprometida por distorções na organização e prestação dos cuidados na rede obstétrica: não há conexão entre a assistência pré-natal com um sistema de referência que garanta a vaga para o parto; existe uma grande concentração e má distribuição dos serviços e leitos.

O atendimento ao parto foi caracterizado por contradições na prestação dos cuidados nas unidades, ora desenvolvendo práticas fundamentadas no modelo humanístico da assistência, ora expondo as mulheres a situações não adequadas ao atendimento de qualidade.

Resultados que apontam para a necessidade da reorganização da assistência obstétrica na capital e no estado de Pernambuco, na perspectiva da organização da rede, regulação do acesso, definição de fluxos de referência e contrarreferência, como também melhoria das condições nas unidades, adequando a estrutura e a ambiente de modo a proporcionar o bem-estar das pacientes. Possibilitando, assim, consolidar a humanização da atenção obstétrica assegurando às mulheres e aos recém-nascidos parto e nascimentos seguros e saudáveis na perspectiva dos direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Portella MO. Avanços e incoerências nas políticas de humanização do parto e nascimento. In: Martins PH et al. *Produtivismo na saúde. Desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. Recife: Universitária Universidade Federal de Pernambuco; 2014. p. 119-144.
2. Maia MB. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. p. 189.
3. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Colet*. 2005;10(3):627-37.
4. Bruggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski ME. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4): 658-68.
5. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Pesquisa Nascido Brasil: Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(supl): S17-S47.
6. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionadas ao tipo de parto. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 427-435.
7. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114: 1115-1118.
8. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. de Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1267-1276.
9. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev. Baiana Saúde Publica*. 2007; 31(2): 256-266.
10. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3); 599-613.
11. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ> > Acesso em: 02 set. 2016.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático da rede Cegonha, Brasília. 2011
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002.
14. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(5):955-964.
15. Vaz RF, Monteiro DM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62(4):330-335.
16. Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MC, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Teenage pregnancy rates and socioeconomic characteristics of municipalities in São Paulo State, Southeast Brazil: a spatial analysis. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):855-67.
17. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, et al. Risk factors for pregnancy in adolescence in a teaching maternity in Paraíba: a case-control study. *Rev Bras Ginec Obstet*. 2009; 31(8):404-10.
18. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3): 479-87.
19. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Sup): S85-S100.
20. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios ATF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em são luís – maranhão. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3):441-7.
21. Barros FC, Matijasevich A, Requeio JH, Giugliani E, Maranhão EG, Monteiro CA, et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; Published online ahead of print August 19.
22. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JMA, Gusman CR, Torres JA, Angulo-Tuesta A et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Supl 1): S154-168.
23. Matar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface Comunic Saúde*. 2012; 16(40): 107-19.
24. Nahagama EEI, Santiago, SN. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011; 11(4): 415-425.
25. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2015; 15(1): 91-104.
26. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2014; 14(1): 65-72.
27. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Sup 1): S128-S139.

28. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Rossi SR, Souza K, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. 2016; 17(1):20-8.
29. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014: 1-12.
30. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(11):2287-2296.
31. Figueredo MS, Silva RAR, Oliveira DKMA, Vieira NRSV, Costa DARS, Davim RMB. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública. *J. res.: fundam. care*. 2015; 7(3):2697-2706.

Tabela 1 - Caracterização das usuárias atendidas na rede pública hospitalar de atenção ao parto, na cidade do Recife. 2015.

Caracterização das Usuárias	Total	
	n	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	215	21,5
20 a 39 anos	756	75,6
40 anos e mais	29	2,9
Cor		
Parda/Morena	694	69,4
Negra	103	10,3
Branca	175	17,5
Amarela	27	2,7
Outra	1	0,1
Escolaridade		
Sem escolaridade e fundamental incompleto	299	29,9
Fundamental completo e médio incompleto	310	31,0
Médio completo e superior incompleto	372	37,2
Superior completo e pós-graduação	19	1,9
Residência		
Recife	383	38,3
Região Metropolitana do Recife	315	31,5
Outras regiões de Pernambuco	298	29,8
Outros Estados	4	0,4
Número de filhos		
Um	477	47,7
Dois	295	29,5
Três ou mais	228	22,8

Tabela 2 - Descrição das usuárias atendidas na rede pública hospitalar de atenção ao parto da cidade do Recife, segundo atributos pessoais e assistenciais. 2015.

Pré Parto	Total	
	n	%
Realizou o Pré-natal		
Sim	980	98,0
Local em que realizou o pré-natal		
Unidade de Atenção Básica	695	69,5
Unidade de Atenção Básica e outro Serviço de Saúde	69	6,9
Unidade Especializada	39	3,9
Nesse Hospital	100	10,0
Outro Hospital	77	7,7
Não realizou o pré-natal	20	2,0
Nº de Consultas de Pré-natal realizadas*		
1 a 3	63	6,4
4 a 6	359	36,6
7 ou mais	556	56,7
Recebeu informação sobre o local onde realizaria o parto		
Sim	247	25,2
Não	733	74,8
Número de unidades por onde passou até o atendimento para o parto		
Uma unidade	436	43,6
Duas unidades	451	45,1
Três unidades ou mais	113	11,3
Transferência entre unidades de saúde		
Sim	487	48,7
Não	513	51,3
Meio de transporte utilizado		
A pé	12	1,2
Ambulância	480	48,0
Carro próprio	383	38,3
Transporte público	108	10,8
Outros	17	1,7
Tempo gasto para chegar à unidade em que realizou o parto**		
até 30 min	379	37,9
31 min até 1h	176	17,6
1 a 2h	139	13,9
> 2 até 4h	146	14,6
4h ou mais	136	13,6
Distancia percorrida entre a residência e a unidade onde realizou o parto		
até 15 Km	455	45,5
>15 até 50 Km	264	26,4
> 50 até 100 Km	127	12,7
> 100 até 200 Km	100	10,0
>200 Km	54	5,4

Nota: * Entre as 980 usuárias que fizeram pré-natal, 2 (0,2%) não souberam informar quantas consultas realizaram; ** Entre as 1.000 usuárias entrevistadas 24 (2,4%) não souberam responder em quanto tempo chegaram à unidade.

Tabela 3 - Caracterização do atendimento recebido pelas usuárias na rede pública hospitalar, segundo as esferas de gestão das unidades, Recife. 2015.

Assistência ao Parto	Estratos				Total	
	Municipal	Estadual	Filantrópico	Federal	n	%
	%	%	%	%		
Tempo de espera para receber atendimento na recepção*						
até 30 min	90,3	93,0	93,1	93,1	910	92,4
> 30 min a 1h	5,6	4,1	2,0	4,1	39	4,0
> 1h	4,0	2,9	4,8	2,8	36	3,7
Tempo de espera para receber atendimento pela equipe de saúde**						
até 30 min	58,0	83,8	54,6	65,6	643	65,3
> 30 min a 1h	16,0	7,5	17,7	11,5	130	13,2
> 1h a 2h	14,4	3,3	13,3	11,9	106	10,8
> 2h	11,6	5,4	14,5	11,1	105	10,7
Tipo de parto realizado						
Vaginal	80,0	39,6	44,8	55,2	549	54,9
Cesariana	20,0	60,4	55,2	44,8	451	45,1
Profissional que realizou o parto***						
Médico	86,5	92,4	92,3	90,4	821	90,4
Enfermeiro	13,5	7,6	7,7	9,6	87	9,6
Permissão da presença do acompanhante****						
Não	2,4	0,4	0,0	0,4	8	0,8
Em alguns momentos	38,3	61,0	18,4	38,5	387	39,1
Em todos os momentos	59,3	38,6	81,6	61,1	596	60,1
Contato pele a pele com bebê na sala de parto						
Sim	80,4	83,6	84,0	88,0	840	84,0
Não	19,2	14,8	15,2	11,2	151	15,1
Não por contraindicação clínica	0,4	1,6	0,8	0,8	9	0,9
Amamentação na sala de parto						
Sim	6,0	9,2	10,0	22,0	118	11,8
Não	93,6	87,6	88,4	75,2	862	86,2
Não por contraindicação clínica	0,4	3,2	1,6	2,8	20	2,0
Necessidade de cuidado hospitalar aos recém-nascidos						
Não	79,6	51,6	77,6	64,8	684	68,4
Sim	20,4	48,4	22,4	35,2	316	31,6
UTI	3,9	50,4	42,9	12,5	98	31,0
Incubadora	41,2	24,8	28,6	10,2	76	24,1
Berço aquecido	54,9	24,8	28,6	77,3	142	44,9
Internamento em alojamento conjunto						
Sim	92,0	77,2	87,6	71,6	821	82,1
Não	8,0	21,6	11,2	28,4	173	17,3
Não por contraindicação clínica	0,0	1,2	1,2	0,0	6	0,6
Orientação e estímulo para amamentação						
Sim	83,2	82,8	91,6	88,0	868	86,8
Não	16,8	16,8	7,6	11,6	132	13,2
Orientação sobre os cuidados com o bebê						

Sim	66,8	78,8	94,4	86,0	815	81,5
Não	33,2	21,2	5,6	14,0	185	18,5
Orientação sobre os cuidados puerperais						
Sim	53,6	68,0	73,6	78,0	683	68,3
Não	46,4	32,0	26,4	22,0	317	31,7
Sofreu violência durante o atendimento						
Não	92,4	94,8	97,6	95,2	950	95,0
Sim	7,6	5,2	2,4	4,8	50	5,0
Violência física	15,8	15,4	0,0	25,0	8	16,0
Violência verbal	26,3	7,7	33,3	33,3	12	24,0
Violência psicológica	52,6	69,2	66,7	41,7	28	56,0
Violência verbal e psicológica	5,3	7,7	0,0	0,0	2	4,0
Escolha da unidade para atendimento futuro						
Sim	66,8	73,6	87,6	80,0	770	77,0
Não	33,2	26,4	12,4	20,0	230	23,0

Nota: * Entre as 1.000 usuárias entrevistadas: 15 (1,5%) não souberam responder quanto tempo esperaram para serem atendidas na recepção; ** 16 (1,6%) usuárias não souberam responder quanto esperaram até serem atendidas pela equipe de saúde; chegaram à unidade; *** 92 (9,2%) usuárias não souberam responder qual o profissional realizou seu parto; **** 9 (0,9%) usuárias não souberam responder sobre a permissão da presença de acompanhante durante o internamento.

Tabela 4 - Satisfação das usuárias com a qualidade da assistência ao parto, na rede pública hospitalar na cidade do Recife, 2015.

Dimensões da satisfação	Mean Ranking	**Respostas	Insatisfação		*** χ^2
			I	%	
Acolhimento	2,58	927	217	23,4	$X^2 = 545,0$ DF = 3 p = 0,000
Respeito ao direito das pessoas	2,55	949	252	26,6	
Assistência no pré-natal, parto e pós-parto	2,70	949	185	19,5	
Ambiência	2,17	980	460	46,9	
Acolhimento	*Nf = 880				
Tempo de espera para atendimento na recepção	2,46	934	217	23,2	$X^2 = 371,7$ DF = 3 p = 0,000
Gentileza dos profissionais na recepção	2,79	896	119	13,3	
Atendimento na recepção de maneira geral	2,73	908	135	14,9	
Tempo de espera para atendimento pela equipe	2,02	970	395	40,7	
Respeito ao Direito das Pessoas	*Nf = 729				
Respeito dos profissionais	4,27	998	118	11,8	$X^2 = 795,9$ DF = 5 p = 0,000
Confiança nos profissionais	4,08	998	157	15,7	
Privacidade	2,59	997	429	43	
Apoio em momentos de dor e medo	3,85	1000	203	20,3	
Possibilidade em fazer	3,51	964	247	25,6	
Possibilidade em fazer reclamações	2,70	745	358	48,1	
Assistência no pré-natal, parto e pós-parto	*Nf = 799				
Assistência pré-natal	2,25	979	261	26,7	$X^2 = 138,1$ DF = 3 p = 0,000
Orientações dos cuidados com o recém-nascido	2,37	815	134	16,4	
Trabalho dos profissionais médicos	2,78	1000	148	14,8	
Trabalho da equipe de enfermagem	2,60	1000	196	19,6	
Ambiência	*Nf = 879				
Temperatura na enfermaria	2,87	999	621	62,2	$X^2 = 284,1$ DF = 5 p = 0,000
Barulho na enfermaria	3,48	997	482	48,3	
Conforto na enfermaria	3,48	998	480	48,1	
Limpeza na enfermaria	3,91	997	366	36,7	
Quantidade e qualidade das refeições	3,97	993	373	37,6	
Quantidade e qualidade das roupas	3,29	893	439	49,2	

Notas: * Nf - Para o teste de Friedman, o n corresponde ao número de usuárias que respondeu sobre todos os aspectos avaliados; ** Total de usuárias que responderam a cada pergunta; *** Resultados do teste de Friedman

5.3 Artigo 3 - Condições e motivações para o trabalho dos profissionais da rede pública de atenção ao parto na cidade do Recife

Ana Lúcia Andrade da Silva¹

Antonio da Cruz Gouveia Mendes²

Gabriela Moraes Duarte Miranda³

Wayner Vieira de Souza⁴

^{1,2,4} Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

³ Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pernambuco UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465.

Resumo

O estudo avaliou às condições de atendimento e trabalho na rede pública hospitalar de atenção ao parto, em Recife, na visão dos profissionais que atuam nas salas de parto. Desenvolveu-se estudo transversal exploratório, em todas as unidades públicas hospitalares da rede, agrupadas segundo esfera de gestão. Entrevistou-se uma amostra de 212 profissionais, utilizando-se questionário estruturado. As condições para atendimento foram avaliadas segundo aspectos relacionados à Estrutura. A motivação foi mensurada considerando: Realização Profissional, Relações Pessoais, Reconhecimento e Segurança no Trabalho. A significância dos resultados foi analisada através do teste Qui-quadrado de Pearson. Identificou-se elevada insatisfação com: segurança, conforto, condições do repouso, qualidade das refeições, limpeza, número de atendimentos por turno e infraestrutura básica para o atendimento. Os profissionais estiveram muito motivados pelas Relações Sociais e Realização Profissional e desmotivados com o Reconhecimento do seu trabalho. A precária condição das unidades está comprometendo a qualidade do atendimento às gestantes, sendo necessários investimentos em recursos materiais e humanos visando adequar a ambiência e condições de trabalho de modo a garantir a atenção humanizada e de qualidade na rede pública de Recife.

Palavras-Chaves: Avaliação em Saúde; Condições de Trabalho; Motivação.

Abstract

The study evaluated the conditions of assistance and work in the public hospital network of childbirth care in Recife, in the opinion of professionals working in the delivery rooms. We developed a transversal study of exploratory nature, in all public hospital units network, grouped according to nature management. It has been interviewed a sample of 212 Gynecologists and neonatologists doctors using a structured questionnaire. The conditions for assistance were evaluated on aspects related to the structure. To evaluate the motivation was defined four dimensions: Relationships at work, social Relationships, Recognition and Stability. The significance of the results was analyzed using the Pearson's Qui-Quadrado. It was identified elevated dissatisfaction with: the conditions related to safety, comfort, resting conditions, quality of meals, cleanliness, number of attendances per shift, and structure for assistance. The biggest motivational factors correlated to the categories of social relationships and work and the smaller with prestige. The precarious condition of the units is compromising the quality of care for pregnant women. To the need for investment in human and material resources, changes in conditions and management of work, contributing for the improvement of childbirth care quality in public care networks.

Keywords: Health Evaluation; Work conditions; Motivation

Resumen

El estudio evaluó las condiciones de servicio y trabajo en la red de hospitales públicos de atención al parto en Recife, a juicio de los profesionales que trabajan en las salas de parto. Se desarrolló un estudio transversal de carácter exploratorio, en todas las unidades públicas hospitalarias, agrupadas de acuerdo con la naturaleza de la gestión. Fue entrevistada una muestra de 212 médicos ginecólogos y neonatólogos, mediante un cuestionario estructurado. Las condiciones de tratamiento fueron evaluados en los aspectos relacionados con la estructura La motivación se midió considerando: Las relaciones en el trabajo, Las relaciones sociales, El prestigio y La estabilidad. La significancia de los resultados se analizó utilizando el test Qui-quadrado de Pearson. Se identificó: alta insatisfacción con las condiciones relacionadas con la seguridad, la comodidad, las condiciones de reposo, la calidad de los alimentos, la limpieza, el número de convocatorias por turno y infraestructura básica para el servicio. Los más grandes factores motivacionales se referían a las categorías de las relaciones sociales y del trabajo y los menores a la estabilidad y al prestigio. La condición precaria de las unidades compromete la calidad de la atención para las mujeres embarazadas, lo que requiere inversiones en recursos materiales y humanos con el fin de ajustar el ambiente y las condiciones de trabajo con el fin de asegurar el cuidado humano y la calidad de la atención al parto en Recife.

Palabras clave: Evaluación de la salud; Condiciones de Trabajo; Motivación.

Introdução

Na gestão do Sistema de Saúde a preocupação com a adequação das condições de trabalho dos serviços de saúde em prol de ambientes que proporcionem o bem-estar dos profissionais e pacientes, tem se apresentado como um importante e difícil desafio (Rener et al., 2014; Souza; Escatena, 2014).

Nesse sentido, desde 2003, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e implantando políticas que visam à desprecarização do trabalho em saúde, com a finalidade de consolidar uma política de valorização do trabalhador da saúde, através da transformação das práticas e do incentivo à participação ativa desses profissionais na gestão dos serviços. Entre eles destacam-se o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); o HumanizaSUS; a Mesa de Negociação Permanente em Saúde; o Programa Nacional de Educação Permanente, entre outros (Chiavegato e Navarro, 2012).

A qualidade dos cuidados prestados, portanto, encontra-se diretamente ligada ao contexto profissional, ao qual perpassam diversos fatores, entre os quais: condições e ambiente de trabalho, motivação, realização no trabalho, forma de vínculo e estabilidade financeira (Mendes, 2009). As adequadas condições de atendimento e trabalho são, por isso, essenciais para a qualidade da assistência á saúde em qualquer nível de atenção (Mendes et al, 2013).

A avaliação da qualidade da assistência à saúde abrange a perspectiva de todas as partes envolvidas em sua produção: seus usuários, profissionais e gestores. Podendo ser delimitada pelos vários fatores que lhe determina: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); eficiência (custos, recursos, riscos) (Serapione, 2010; Gattinara et al., 1995).

A qualidade dos serviços pode ser mensurada a partir da avaliação de sua estrutura, processo e ou resultados. A *estrutura* inclui os recursos físicos, humanos, materiais. O *processo* resulta das atividades entre os profissionais de saúde e pacientes, e suas inter-relações. O *resultado* representa o produto final da assistência prestada, como a satisfação expectativas (Donabedian, 1980).

No contexto da avaliação dos serviços de saúde, vem sendo desenvolvido no Brasil, o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), buscando-se apreender o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o desempenho e as características gerais do sistema e dos recursos da comunidade, a partir das dimensões: Efetividade; Acesso; Eficiência; Respeito aos direitos das pessoas; Aceitabilidade; Continuidade; Adequação; e Segurança (Fiocruz, 2012).

Nesse contexto, considerando que a estrutura dos serviços de saúde incide diretamente no desempenho e nas relações de trabalho, esse estudo objetivou avaliar as condições de atendimento e a motivação para o trabalho na rede pública hospitalar de assistência ao parto, na cidade do Recife, na visão dos profissionais que atuam nas salas de parto.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um recorte de tese de Doutorado em Saúde Pública, que realizou um estudo quantitativo transversal de cunho exploratório sobre a qualidade da assistência ao parto hospitalar na rede pública da cidade do Recife.

Em 2015, na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, a rede pública de atenção ao parto hospitalar era composta de oito unidades: três maternidades municipais, referências ao parto de médio risco; três hospitais estaduais, um hospital filantrópico e um hospital federal, referências ao parto de alto risco para todo o estado de Pernambuco. Nessa

rede são realizados aproximadamente 63,0% e 27,0% dos partos ocorridos na Região Metropolitana do Recife e Estado de Pernambuco, respectivamente.

Para o cálculo da amostra dos profissionais, as oito unidades foram agrupadas segundo esfera de gestão, conformando-se quatro estratos: municipal, estadual, filantrópico e federal. Considerando-se o quantitativo total de plantonistas Ginecologistas e Neonatologistas que assistem nas salas de partos, nas unidades, definiu-se a expectativa de 60% de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho nas unidades e um erro 6%, com 5% de significância estatística. Obteve-se uma amostra de 240 profissionais, 60 por estrato, sendo 2/3 Ginecologistas obstetras e 1/3 Neonatologistas, representado a proporção encontrada nas unidades.

Contudo, no período de realização da coleta dos dados, as unidades apresentaram um quadro reduzido de profissionais, resultando em uma amostra total de 212 profissionais, entrevistados nas unidades.

Os profissionais foram entrevistados utilizando-se questionário fechado, por 10 estudantes do curso de graduação de medicina do 5º ano, da Universidade Federal de Pernambuco. Optou-se pela seleção destes, por encontrarem-se no internato em obstetrícia facilitando a compreensão das questões realizadas aos entrevistados. Foi realizado estudo piloto para avaliação do questionário e treinamento dos estudantes para discussão e apresentação dos objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta dos dados.

Buscando-se garantir a aleatoriedade da participação, as visitas às unidades foram realizadas todos os dias da semana, nos diversos horários, durante os meses de junho e agosto de 2015.

O questionário foi elaborado especificamente para os propósitos desta pesquisa, baseando-se no referencial teórico da avaliação da qualidade dos serviços de saúde de Donabedian (1990), e da matriz de avaliação do Projeto de Metodologia de Avaliação do

Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - PROADESS (Fiocruz, 2012), utilizando-se também as principais políticas que normatizam a assistência obstétrica no SUS (Brasil 2002, 2011).

O questionário apresentou 45 questões fechadas distribuídas em quatro seções: identificação do questionário/entrevistador; caracterização do profissional; avaliação das condições de atendimento e trabalho; e motivação para o trabalho. As questões que se referiram às condições apresentaram cinco alternativas para julgamento Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo. As perguntas relacionadas à avaliação da motivação possibilitavam caracterizar os aspectos analisados em Nada Importante, Pouco importante, Importante, Muito importante e Extremamente importante.

A descrição dos profissionais segundo atributos pessoais foi apresentada em frequências absolutas e relativas. Para mensurar o grau de satisfação dos participantes para com as condições de trabalho, sob a hipótese de independência das observações, criou-se uma variável dicotômica, considerando que os atributos péssimo, ruim e regular referiam-se à *insatisfação*, e bom e ótimo, à *satisfação*.

A análise da motivação foi realizada agrupando-se as respostas dos profissionais em Nada/Pouco Importante; Importante e Muito/Extremamente Importante. Definindo-se quatro Dimensões Motivacionais: i) *Realização Profissional* (prazer no trabalho, realização profissional, realização pessoal e aquisição de experiência); ii) *Relações sociais* (relacionamento com outros profissionais, ser útil para a sociedade); iii) Reconhecimento (reconhecimento com o trabalho); e iv) Segurança no Trabalho (salário e estabilidade).

Para verificar a existência de diferenças significativas entre os aspectos avaliados das condições e motivação para o trabalho, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%.

Trata-se de parte dos resultados da tese de doutorado que teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190) e financiamento do Ministério de Saúde.

Resultados

Entre os profissionais que participaram da pesquisa, a maior proporção foi do sexo feminino, sendo quase 90,0% para os Neonatologistas, Em relação ao tempo de formação, a maioria dos Ginecologistas (48,5%) tinham entre 5 e 14 anos, enquanto os Neonatologistas (53,9%) apresentaram entre 15 e mais anos de profissão (Tabela 1).

A maioria dos profissionais formou-se nas Universidades Públicas Federal Estadual em Pernambuco (76,8%), possui pós-graduação em nível de Residência ou Especialização (84,4%). Além disso, quase 60,0% dos médicos são contratados mediante o Regime Estatutário, chegando a 69,2% para os Neonatologistas. Por sua vez, 41,8% dos Ginecologistas Obstetras têm seus vínculos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em relação ao tempo de trabalho na Unidade, 51,5% dos Ginecologistas Obstetras atuam há menos de cinco anos nos hospitais, enquanto grande parte dos Neonatologistas (41,0%) declararam trabalhar nas unidades entre 5 e 14 anos, e a maioria (94,3%) trabalha nas unidades por sua livre escolha (Tabela 1).

A análise da insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho apresentou diferenças entre os aspectos dimensões avaliados ($p = 0,00$). A insatisfação predominou nas respostas observadas, representando uma média 68,7%, sendo a pior avaliação realizada pelos profissionais que trabalham nas unidades municipais (Tabela 2).

Os profissionais estiveram mais satisfeitos com o suporte de serviços de apoio ao diagnóstico e banco de sangue e mais insatisfeitos com as condições gerais de trabalho, oferecidas pelas Unidades (Tabela 2).

Em relação aos meios diagnósticos e terapêuticos, a maior insatisfação foi com o suporte de serviço de laboratório, sobretudo na unidade federal (97,4%). Na avaliação relacionada aos equipamentos e materiais disponíveis, os participantes estiveram mais insatisfeitos com a disponibilidade e qualidade dos equipamentos, principalmente nas unidades municipais (94,8% e 91,4%, respectivamente) (Tabela 2).

O percentual de insatisfação relacionado ao quantitativo de profissionais que compõem as equipes de saúde variou nas unidades estudadas. A pior avaliação foi dos profissionais das unidades municipais, com 86,2% de insatisfação com a quantidade de médicos nas escalas de trabalho (Tabela 2).

Em relação ao processo de trabalho, 39,2% do total profissionais estiveram insatisfeitos com a carga horária de trabalho e 74,1% com o número de atendimentos por turno, sendo nesse último aspecto, a proporção de insatisfação foi superior entre os profissionais das unidades filantrópica e estaduais superiores a 85,0% (Tabela 2).

As condições de trabalho estiveram entre as piores avaliações em todas as unidades estudadas, a segurança (92,0%) foi o atributo com maior percentual de insatisfação, seguida pelo conforto (88,7%) e condições de repouso para os profissionais (87,8%) (Tabela 2).

Em relação à motivação para o trabalho nos hospitais, a dimensão *Relações Sociais* apresentou-se como principal aspecto motivacional entre os participantes do estudo, principalmente na unidade federal, onde quase 75,0% dos profissionais consideraram muito ou extremamente importante para o desempenho de suas funções (tabela 3).

A *Realização Profissional* também foi considerada como muito ou extremamente importante para o trabalho nos hospitais, principalmente na unidade federal, com 71,2% dos profissionais (Tabela 3).

O *Reconhecimento* e a *Segurança no Trabalho* foram classificados como importante para o trabalho, exceto *Segurança* no hospital filantrópico (42,5%), onde a maioria dos profissionais considerou como nada ou pouco importante (Tabela 3).

A análise dos aspectos motivacionais apresentou diferenças entre as categorias avaliadas ($p = 0,00$). Em relação à *Realização Profissional*, os profissionais consideraram o “Prazer no trabalho” como o principal (67,0%) aspecto motivacional, seguido da “Aquisição de experiência” (60,4%) (Tabela 4).

Entre os aspectos que se referem às Relações Sociais, 71,7% dos médicos consideraram o ‘Relacionamento com outros profissionais’ como principal aspecto motivacional para o trabalho no hospital (Tabela 4).

A avaliação do *Reconhecimento* demonstrou que apenas 13,2% dos participantes o consideraram como muito ou extremamente importante para o desempenho de seu trabalho. Em relação à *Segurança no Trabalho*, menos de 30,0% dos profissionais consideraram o Salário como um fator importante para o trabalho (Tabela 4).

Discussão

O perfil dos profissionais que atuam nas salas de parto na rede avaliada é predominantemente do sexo feminino, sendo os Neotologistas mais antigos na atuação da profissão que Obstetras. A maioria formou-se nas universidades públicas estadual e federal e são pós-graduados em nível de residência e especialização. Além disso, a grande maioria dos profissionais tem regime de trabalho estatutário, os Ginecologistas trabalham nas unidades há

menos de cinco anos, enquanto os Neonatologistas atuam nesses serviços há cinco e quatorze anos, na grande maioria por escolha própria.

Esse perfil revela que os Ginecologistas apresentam pouco tempo de trabalho nas unidades, o que deve ser responsável por uma menor experiência dos profissionais, denunciando a existência de rotatividade de profissionais na rede obstétrica, um grande problema enfrentado pela gestão do Sistema de Saúde.

Segundo, Stancato e Zilli (2010), as principais causas da rotatividade relacionam-se ao descontentamento e insatisfação com o emprego, salário (má remuneração) e jornada de trabalho intensa.

Em relação à estrutura oferecida para o trabalho nas unidades, identificou-se elevada insatisfação dos profissionais em todos os estratos avaliados, sendo maior nas unidades municipais.

As maiores insatisfações estiveram relacionadas às condições que incluem segurança, conforto, condições do repouso, qualidade das refeições, limpeza do ambiente, e número de atendimentos por turno.

Os elementos que compõem à infraestrutura básica para a assistência, o suporte dos meios diagnósticos e terapêuticos, o banco e sangue, a disponibilidade e qualidade dos equipamentos, insumos e materiais receberam péssima avaliação dos profissionais, comprometendo sobre maneira a qualidade do atendimento às gestantes nas unidades, com exceção do hospital filantrópico, onde os profissionais demonstraram menor insatisfação com essas condições.

Outros aspectos apresentaram menores percentuais mantendo-se, entretanto, com elevada insatisfação, como o suporte do banco de sangue, o trabalho em equipe multiprofissional, a carga horária de trabalho e a quantidade de profissionais enfermeiros.

Situação que revela que as unidades apresentam precárias condições do ponto de vista da infraestrutura e organização do trabalho. Contexto desfavorável que incide negativamente sobre a qualidade dos cuidados prestados às gestantes e recém-nascidos na rede estudada, e contraria as recomendações da Estratégia da Rede Cegonha (Brasil, 2011) que enfatiza que a assistência humanizada requer compromisso com a ambiência, nele incluído adequação e melhoria das condições de trabalho.

Outros estudos também verificaram insatisfação com as condições oferecidas no ambiente do trabalho nos serviços públicos de saúde (Souza e Scatena; 2014; Leal; Bandeira; Azevedo, 2012; Mendes et al., 2013).

Considerando que a estrutura de atendimento e trabalho se relaciona com o compromisso e valorização das relações do trabalho, os achados configuram-se como desafios para organização e qualidade da assistência obstétrica.

A inadequação das condições materiais e organizacionais nos estabelecimentos de saúde provoca crescentes insatisfações no trabalho, diminuição do bem-estar subjetivo, problemas de saúde e empobrecimento da identidade profissional (Assunção et al., 2007; Oliveira, 2008; Franco; Druck; Seligmann-Silva, 2010).

Além disso, o descontentamento dos profissionais com as condições de trabalho é também apontado como um dos principais fatores da rotatividade de profissionais nos serviços de saúde (Medeiros et al., 2010; Stankato; Zilli, 2010; Campos; Malik, 2008;).

O estudo da motivação para o trabalho nas unidades da rede pública de atenção ao parto hospitalar na cidade do Recife identificou que as *Relações Sociais* foi a dimensão de maior importância para os profissionais em todas as unidades. Essa categoria refere-se aos aspectos: ‘ser útil para sociedade’ e o ‘relacionamento com outros profissionais’, sendo esse último aspecto considerado mais importante pelos profissionais, demonstrando que o processo

de trabalho na assistência obstétrica tem contribuído para o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional.

A *Realização Profissional* foi a segunda dimensão de maior importância para os profissionais. Esta categoria se relaciona com: a ‘realização pessoal’ e ‘profissional’, o ‘prazer no trabalho’ e a ‘aquisição de experiência’. Sendo os dois últimos aspectos julgados como os mais importantes para a motivação no trabalho na unidade, refletindo no engajamento para o desempenho das suas funções. Achados semelhantes aos encontrados por um estudo realizado em São Paulo (Melara et al., 2006).

A *Segurança no Trabalho* e o *Reconhecimento* foram considerados menos importantes na motivação para o trabalho nas unidades públicas de assistência ao parto.

Mendes et al. (2013) verificaram que o Prestígio foi o fator de menor relevância para o trabalho dos profissionais nas unidades de Urgência e Emergência, e isso esteve relacionado ao pouco reconhecimento pelo trabalho dos profissionais.

Considerações Finais

O perfil dos profissionais que atuam nas unidades avaliadas é de médicos jovens, muito bem formados, que trabalham onde desejam. Os resultados desse estudo demonstraram que as unidades da rede pública de assistência ao parto hospitalar apresentam problemas de infraestrutura e organização do trabalho, condição que está comprometendo a qualidade dos cuidados prestados às mães e aos recém-nascidos atendidos nesses serviços.

Por outro lado, os profissionais mostraram-se motivados no desempenho de suas funções, com a importância do seu trabalho para sociedade, e na relação com os colegas de trabalho, além da realização profissional refletindo na dedicação ao trabalho e no compromisso com atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.

Contexto que aponta para a necessidade de maiores investimentos em recursos materiais e humanos e mudanças nas condições e no gerenciamento do trabalho. Buscando-se a melhoria das condições físicas das unidades, a disponibilidade e qualidade dos equipamentos e a ampliação do quantitativo de profissionais de modo a se adequar à demanda por atendimento. Adequando a ambiência e condições de trabalho para o atendimento humanizado, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência ao parto no estado de Pernambuco.

Referências

- ASSUNÇÃO, Ida Ávila et al. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, sup.23, p.S193-S201, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático da rede Cegonha, Brasília. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002.
- CAMPOS, Cláudia Valentina Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.347-68, mar./abr, 2008.
- CHIAVEGATO, Luiz Gonzaga Filho; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. *Rev. Pegada*, São Paulo, v.13, n.2, 2012.
- DONABEDIAN Avedis. An introduction to quality assurance in health care. 1. ed. New York: Oxford University Press; 2003.
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Arch. Pathology e Laboratory Medicine*, v. 114, p. 1115-1118, 1990.
- DONABIDIAN, Avedis. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABIDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
- FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>> Acesso em: 05 out 2016

GATTINARA, Barbara; LBACACHE1, Jaime ; PUENTE, Carlos; GIACONI1, Jolanda; CAPRARA, Andrea. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 425-438, 1995.

LEAL, Rosângela Maria; BANDEIRA, Marina Bittencout; AZEVEDO, Kennya Rodrigues. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia Teoria e Prática*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012.

MEDEIROS, Kassia; GOTER, Regina et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família, *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, Sup.1, p. S1521-31, 2010.

MELARA, Samanta, BECCARIA, Lúcia; CARTA, Adriana; COTRIN, Lúcia. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, *Arq Ciênc Saúde*, São José do Rio Preto, v.13, n.3, jul-set; 2006.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE, 2009.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; ARAÚJO JUNIOR, José Luiz do Amaral Corrêa de; FURTADO, Betise Mery Alencar Souza Macau; DUARTE, Petra Oliveira; SILVA, Ana Lúcia Andrade da; MIRANDA, Gabriella Morais Duarte. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2): 161-166.

OLIVEIRA, Gislane Farias. Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos. Tese (Doutorado Integrado em Psicologia Social), João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2008.

RENER, Jacinta Sidegun, TASCETTO, Dorsi Viegas; BAPTISTA, Gladis Luisa; BASSO, Cláudia Rafaela. Quality of life and work satisfaction: the perception of nursing technicians who work in the hospital environment, *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v.18, n.2, p.447-453 abr/jun, 2014.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev. Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 85, p. 65-82. 2009.

SOUZA, Paulo César; SCATENA, João Henrique Gutler. Condições de trabalho em hospitais do *mix* público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso, *Rev. de Adm. da Saúde*, São Paulo, v.16, n.62, jan-mar., 2014.

STANCATO, Kátia; ZILLI, Priscila Trentin. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura, *Rev. de Adm. da Saúde*, São Paulo, v.12, n.47, abr-jun., 2010.

Tabela 1 – Caracterização dos médicos Ginecologistas e Neonatologistas de salas de parto, das unidades públicas hospitalares de assistência ao parto. Recife, 2015.

		Ginecologista Obstetra		Neonatologista		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	100	74,6	70	89,7	170	80,2
	Masculino	34	25,4	8	10,3	42	19,8
Raça/Cor	Parda/Morena	67	50,0	39	50,0	106	50,0
	Negra	2	1,5	1	1,3	3	1,4
	Branca	62	46,3	38	48,7	100	47,2
	Amarela	2	1,5	0	0,0	2	0,9
	Outra	1	0,7	0	0,0	1	0,5
Tempo de formado	Menos de 5	14	10,4	3	3,8	17	8,0
	5 a 14 anos	65	48,5	33	42,3	98	46,2
	15 a 24 anos	33	24,6	25	32,1	58	27,4
	25 anos e mais	22	16,4	17	21,8	39	18,4
Universidade	UFPE	49	36,6	36	46,2	85	40,1
	UPE	47	35,1	31	39,7	78	36,8
	Outras	38	28,4	11	14,1	49	23,1
Pós-Graduação	Residência/Especialização	112	83,6	67	85,9	179	84,4
	Mestrado/Doutorado	21	15,7	9	11,5	30	14,2
	Nenhuma	1	0,7	2	2,6	3	1,4
Vínculo com a Unidade	Estatutário	71	53,0	54	69,2	125	59,0
	CLT	56	41,8	22	28,2	78	36,8
	Contrato Temporário	7	5,2	2	2,6	9	4,2
Tempo de trabalho na Unidade	Menos de 5 anos	69	51,5	25	32,1	94	44,3
	5 a 14 anos	42	31,3	32	41,0	74	34,9
	15 a 24 anos	15	11,2	17	21,8	32	15,1
	25 anos e mais	8	6,0	4	5,1	12	5,7
Escolha Pessoal da Lotação	Sim	124	92,5	76	97,4	200	94,3
	Não	10	7,5	2	2,6	12	5,7

Tabela 2 - Distribuição percentual da insatisfação com as condições para o atendimento e trabalho, segundo médicos Ginecologistas e Neonatologistas, por estratos das unidades públicas hospitalares da rede de assistência ao parto. Recife, 2015.

Estrutura para Atendimento e Trabalho	Insatisfação				Total		X ²
	Mun. %	Est. %	Fil. %	Fed. %	N	%	
Meios Diagnósticos e Terapêuticos							
Suporte de serviço de laboratório	93,1	81,8	33,3	97,4	157	74,1	X ² = 51,7 p = 0,00
Suporte do serviço de imagem	83,7	72,2	31,7	64,1	124	58,5	
Suporte do banco de sangue	95,5	32,1	26,7	5,1	77	36,3	
Insumos e Equipamentos							
Disponibilidade dos equipamentos de trabalho	94,8	92,7	60,0	84,6	175	82,5	X ² = 31,9 p = 0,00
Condições dos equipamentos de trabalho	91,4	85,5	70,0	74,4	171	80,7	
Disponibilidade de materiais para o atendimento	91,4	63,6	43,3	89,7	149	70,3	
Qualidade dos materiais para o atendimento	89,7	65,5	40,0	46,2	130	61,3	
Profissionais							
Quantidade de médicos	86,2	80,0	63,3	61,5	156	73,6	X ² = 74,4 p = 0,00
Quantidade de enfermeiros	50,0	58,2	58,3	21,1	104	49,1	
Quantidade de pessoal auxiliar	77,6	87,3	68,3	33,3	147	69,3	
Trabalho em equipe multiprofissional	53,4	47,3	23,3	21,1	79	37,3	
Gerenciamento do Trabalho							
Número de atendimentos por turno	74,1	86,8	88,3	39,5	157	74,1	X ² = 55,5 p = 0,00
Carga horária de trabalho	39,7	49,1	38,3	25,6	83	39,2	
Condições							
Conforto como condição de trabalho	100,0	80,0	91,7	79,5	188	88,7	X ² = 21,1 p = 0,00
Limpeza do ambiente	87,9	78,2	76,7	76,9	170	80,2	
Qualidade das refeições oferecidas	89,7	95,5	97,7	92,1	171	80,7	
Condições de repouso para os profissionais	98,3	81,8	84,7	87,2	186	87,7	
Segurança	100,0	89,1	88,3	89,7	195	92,0	
Condições de trabalho de forma geral	98,3	81,8	83,3	82,1	184	86,8	
Grau de insatisfação em trabalhar na unidade	81,0	54,5	30,0	35,9	109	51,4	

Nota:* Resultados do teste de Pearson.

Mun (Maternidades Municipais), Est (Hospitais Estaduais), Fil (Hospital filantrópico) e Fed (Hospital Federal).

Tabela 3 - Avaliação das dimensões motivacionais, segundo médicos Ginecologistas e Neonatologistas, por estratos das unidades públicas hospitalares da rede de assistência ao parto. Recife, 2015.

Estrato	Dimensão	Percentual de Participantes por Intervalo		
		Nada/Pouco Importante	Importante	Muito/Extremamente Importante
Municipal	Realização Profissional	22,0	33,2	44,8
	Relações Sociais	1,7	33,6	64,7
	Reconhecimento	67,2	25,9	6,9
	Segurança no Trabalho	10,3	51,7	37,9
Estadual	Realização Profissional	6,8	27,3	65,9
	Relações Sociais	1,8	25,5	72,7
	Reconhecimento	32,7	43,6	23,6
	Segurança no Trabalho	4,5	49,1	46,4
Filantrópico	Realização Profissional	6,7	33,8	59,6
	Relações Sociais	2,5	31,7	65,8
	Reconhecimento	43,4	48,3	8,3
	Segurança no Trabalho	42,5	37,5	20,0
Federal	Realização Profissional	3,2	25,6	71,2
	Relações Sociais	3,8	21,8	74,4
	Reconhecimento	28,2	56,4	15,4
	Segurança no Trabalho	11,5	48,7	39,7

Tabela 4 - Avaliação dos aspectos motivacionais, segundo os Ginecologistas e Neonatologistas das unidades públicas hospitalares da rede de assistência ao parto. Recife, 2015.

Dimensões da Motivação	Motivação		*X ²
	MI/EI	%	
Realização Profissional			
Prazer no Trabalho	142	67,0	
Realização profissional	119	56,1	X ² = 8,85
Realização Pessoal	114	53,8	p = 0,03
Aquisição de Experiência	128	60,4	
Relações Sociais			
Relacionamento com outros profissionais	152	71,7	X ² = 60,6
Ser útil para sociedade	140	66,0	p = 0,00
Reconhecimento			
Reconhecimento com o trabalho	28	13,2	
Segurança no Trabalho			
Salário	62	29,2	X ² = 7,0
Estabilidade	88	41,5	p = 0,00

Nota: * Resultados do teste de Pearson.

MI (Muito importante) e EI (Extremamente Importante).

5.4 Artigo 4 - Qualidade da assistência ao parto na perspectiva dos atores envolvidos: um estudo por triangulação de métodos

Ana Lúcia Andrade da Silva¹

Antônio da Cruz Gouveia Mendes²

Gabriela Morais Duarte Miranda³

¹⁻³ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

RESUMO

O estudo avaliou a qualidade da assistência ao parto na rede pública hospitalar, da cidade do Recife, na perspectiva das usuárias, profissionais e gestores, utilizando-se as abordagens quantitativa e qualitativa, com dados primários, a partir da triangulação de métodos. A significância dos resultados foi analisada através dos testes de Friedman e Qui-quadrado de Pearson. A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica de condensação dos significados. Identificou-se: sobrecarga da rede com superlotação das unidades ocasionada pelo descompromisso dos municípios com a atenção ao parto de risco habitual e grande concentração dos serviços na capital, situação que impossibilita a efetiva regulação do acesso, levando à fragmentação dos cuidados e peregrinação das gestantes. Houve alta satisfação das usuárias com o trabalho dos profissionais e elevada insatisfação das usuárias e profissionais com as precárias condições das unidades comprometendo o resultado final da assistência, ainda assim, os profissionais estiveram motivados e compromissados com o trabalho. Os resultados demonstram que a qualidade da assistência é insatisfatória e enfrenta dificuldades para consolidar o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento na rede pública da cidade do Recife.

Palavras-Chave: Avaliação da Qualidade dos Cuidados em Saúde; Satisfação do Usuário; Condições de Trabalho; Motivação.

ABSTRACT

The study evaluated the quality of childbirth care in the public hospital network in the city of Recife, in the perspective of the users, professionals and managers, using quantitative and qualitative approaches, with primary data from triangulation methods. The significance of the results was analyzed using the Friedman test and Pearson's chi-squared test, as qualitative analysis was performed by the condensation technique of the meanings. It was identified: overload of the network with overcrowding of units caused by lack of commitment of the municipalities with childbirth care, and large concentration of services in the capital, a situation that makes it impossible to effectively regulation access, detemining the fragmentation of care and peregrination. There was high satisfaction of the users with the work of professionals and dissatisfaction of users and professionals with the precarious conditions of the units, compromising the final result of the assistance, even so the professionals were motivated and committed to work. The results show that the quality of assistance is unsatisfactory and facing difficulties to consolidate the humanistic model of care to childbirth and birth in obstetric care in the public hospital network of Recife

Keywords: Quality Evaluation of Health Care; User's satisfaction; Work conditions; Motivation.

Introdução

A qualidade da assistência ao parto e nascimento visando à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal representa um dos grandes desafios do modelo humanístico da assistência obstétrica, no Sistema Único de Saúde¹⁻³.

A humanização pressupõe-se a organização da rede de serviços e ações de saúde integrada, com acolhimento e vínculo da usuária, atendimento ético e solidário, garantindo o direito à informação e um acompanhante de sua livre escolha, respeitando a dignidade e autonomia das mulheres⁴⁻⁵.

A sua consolidação exige a redefinição das relações no campo da assistência à saúde, revisando a compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, bem como o uso de tecnologia e intervenções⁶⁻⁸.

Em 2011, a Estratégia da Rede Cegonha foi implantada como um novo paradigma de atenção ao parto, concebida com o objetivo de sistematizar e institucionalizar um

modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 90⁹.

Buscando-se garantir às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, através da: ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência; garantia do transporte seguro; 'gestante não peregrina' e 'vaga sempre para gestantes e bebês'; implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses; e acesso às ações de planejamento reprodutivo¹⁰.

Incorporar a humanização no cuidado em saúde ao campo da avaliação implica incluir a qualidade a partir de uma acepção polissêmica. Nesse contexto, a avaliação qualitativa configura-se como estratégia potencial, na medida em que considera a inserção das múltiplas dimensões, incluindo necessariamente os atores envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos¹¹. Considerando as opiniões, crenças, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade¹².

O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, buscando-se satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam¹³.

Para Donabedian (1990)¹⁴ a qualidade dos serviços de saúde relaciona-se com os seguintes atributos: *Eficácia* (o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais); *Efetividade* (é o efeito real num sistema operacional); *Eficiência* (o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo); *Otimização* (trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido através da relação custo-benefício mais favorável); *Aceitabilidade*

(fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial); *Legitimidade* (relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo); e *Equidade* (relacionado à justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população).

Frente à complexidade da avaliação da qualidade, a estratégia de Triangulação de Métodos possibilita a apreensão e elucidação das situações de saúde considerando dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) como inseparáveis e interdependentes, associando as abordagens quantitativa e qualitativa, determinando a dissolução das dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior exterior; entre sujeito e objeto ¹⁵.

Considerando, nesse contexto, que a qualidade dos cuidados recebidos no pré-parto, parto e pós-parto guarda estreita relação com os indicadores de saúde materno e infantil e tendo como pressupostos o respeito ao direito das pessoas, a humanização e qualidade da atenção, esse estudo pretendeu avaliar a qualidade da assistência ao parto na rede pública da cidade do Recife, a partir da perspectiva das usuárias, profissionais e gestores.

Métodos

Foi desenvolvido um estudo de caso de cunho exploratório, a partir das abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando-se a estratégia de triangulação de métodos ¹⁵, para avaliar a qualidade da assistência ao parto na cidade do Recife.

A avaliação foi realizada a partir do universo das oito unidades públicas hospitalares situadas no território, que compõem a rede do SUS, sendo um hospital federal; um hospital filantrópico, três hospitais estaduais e três maternidades municipais.

Nestas unidades foram entrevistados os sujeitos envolvidos no atendimento: as gestantes que realizaram parto na rede, os profissionais que prestam assistência nas salas de parto (Ginecologistas e Neonatologistas) e os gestores.

Para o cálculo da amostra das usuárias e profissionais, as oito unidades foram agrupadas segundo esfera de gestão, conformando-se quatro estratos: municipal, estadual, filantrópico e federal. Considerando-se o quantitativo total do número de partos realizados nas unidades no trimestre, período estabelecido para realização das entrevistas, definiu-se a expectativa de 60,0% de satisfação das usuárias com a assistência recebida, e 60% de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho, erro de 6,0% e 5,0% de significância estatística. Obteve-se uma amostra de 250 usuárias e 60 profissionais por estrato ($\frac{2}{3}$ ginecologistas obstetras e $\frac{1}{3}$ neonatologistas, representado a proporção encontrada nas unidades) totalizando 1.000 usuárias e 240 profissionais. Contudo, durante o período de coleta dos dados, o quantitativo de profissionais nas unidades apresentava-se reduzido por isso foram entrevistados um total de 212 profissionais e 1.000 usuárias.

As entrevistas foram realizadas, utilizando-se questionário fechado, por 10 estudantes do curso de graduação de medicina do 5º ano, da Universidade Federal de Pernambuco. Optou-se pela seleção destes, por encontrarem-se no internato em obstetrícia, facilitando a compreensão das questões postas às entrevistadas. Foi realizado estudo piloto para avaliação do questionário e treinamento dos estudantes para discussão e apresentação dos objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta dos dados.

Buscando-se garantir a aleatoriedade da participação, as visitas às unidades foram realizadas todos os dias da semana, nos diversos horários, durante o trimestre de coleta dos dados.

O questionário foi elaborado especificamente para os propósitos desta pesquisa, baseando-se no referencial teórico da avaliação da qualidade dos serviços de saúde de Donabedian (1990) ¹⁴ e da matriz de avaliação do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PROADESS ¹⁶, utilizando-se também as principais políticas que normatizam a assistência obstétrica no SUS ^{10,17}.

Para mensurar o grau de satisfação das usuárias e profissionais, sob a hipótese de independência das observações, criou-se uma variável dicotômica, considerando que os atributos Péssimo, Ruim e Regular referiam-se à *insatisfação*, e Bom e Ótimo, à *satisfação*.

A verificação da existência de diferenças significativas na distribuição das frequências de usuárias satisfeitas e insatisfeitas em relação às *condições oferecidas* nas unidades e do *trabalho dos profissionais*, segundo as esferas de gestão, a escolaridade das usuárias e o local de residência das usuárias foi realizada com o teste Qui-quadrado de Pearson. Todas as decisões foram tomadas a um nível de 5% de significância.

Análise da satisfação dos profissionais com as dimensões relacionadas à condições de atendimento e motivação para o trabalho foi mensurada utilizando-se o teste de Friedman, tomando-se as decisões com um nível de 5% de significância.

Para avaliação da percepção dos gestores sobre a organização e política da assistência obstétrica, realizou-se entrevistas com gestores das quatro unidades hospitalares, sendo um representante de cada estrato: municipal, estadual, filantrópico e federal, e 02 gestores do Sistema de Saúde, responsáveis pelas áreas de Assistência à

Saúde do município do Recife e estado de Pernambuco, totalizando 06 interlocutores. A análise das entrevistas foi realizada através da técnica de condensação dos significados¹⁸.

As categorias definidas e utilizadas para o desenvolvimento do estudo são apresentadas no quadro 1.

O estudo é parte da Tese de Doutorado em Saúde Pública, que teve o projeto financiado pelo Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190).

Resultados e Discussão

A maioria das gestantes atendidas na rede pública hospitalar da capital (61,7%) reside em outros municípios do estado. Apesar do expressivo número de gestantes que realizaram pré-natal, mais de 35,0% das usuárias não tiveram acesso aos cuidados pré-natais no primeiro trimestre da gestação, e apenas 25,0% estiveram vinculadas às unidades de assistência ao parto. Situação que possivelmente está contribuindo para a elevada peregrinação identificada, quando mais de 70,0% das gestantes que residem fora de Recife procuraram mais de duas unidades para realização do parto (Tabela 1).

Nesse contexto, a peregrinação das gestantes na busca por atendimento no momento do parto, tornou-se uma preocupante realidade, caracterizando a descontinuidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, configurando-se como um concreto problema de saúde pública. Além de representar violação dos direitos reprodutivos da mulher, expõe as gestantes e os recém-nascidos a maiores riscos de

desfechos negativos. Questão considerada por um dos gestores como consequência de falhas na organização do Sistema:

A peregrinação é inegável, ela existe e muitas vezes [é] regulada. De um ponto para outro, de uma forma um tanto quanto desestruturada. O que a gente vai precisar organizar é garantir o parto no mínimo naquela microrregião de saúde, e aí são os 85% dos partos habituais. Essa é a forma que a gente precisa intervir para diminuir a peregrinação [...]. Reduzir a questão dos partos em ambulância, o próprio sofrimento de às vezes você vir para tão longe e o retorno ser tão difícil." (Entrevistado 6).

Outro entrevistado, entretanto, não reconhece a peregrinação como problema:

[...] De uma forma geral no Recife, não se manda a mulher andar, se interna a mulher. Realmente existe internamento em maca, em cadeira, eu posso estar enganado, mas eu não vejo a peregrinação no Recife como uma realidade não" (Entrevistado 5.).

Para superar a peregrinação é necessário adequar a distribuição dos serviços e leitos no território, e organizar os serviços na lógica de redes de cuidados progressivos, com regulação do acesso e garantia de transporte seguro¹⁹⁻²⁰.

A Estratégia da Rede Cegonha¹⁰ destaca a vinculação pré-natal/parto como um de seus princípios e enfatiza que sua efetivação depende de um esforço conjunto entre equipes e gestores municipais, no sentido de articular toda a rede e garantir tal vínculo.

Na rede avaliada, a integração entre os serviços de atenção básica e assistência hospitalar, representa um dos principais desafios da assistência obstétrica, com vistas à organização e prestação dos cuidados na perspectiva da humanização da atenção. Identificou-se a superlotação das unidades, a insuficiência de leitos e as distorções na definição do risco da gestação durante o pré-natal, como os principais obstáculos à consolidação da vinculação do pré-natal ao parto, como apontado por alguns entrevistados:

"[...] Esse talvez seja um dos maiores desafios mesmo, para questão da rede, porque a despeito da gente ter toda essa superlotação, no mínimo a gestante de alto risco precisa estar

vinculada a algum lugar, ela não pode de maneira nenhuma ser margeada do sistema. É preciso ter essa garantia de que na hora que ela entrar em trabalho de parto, a maternidade não esteja superlotada com o baixo risco" (Entrevistado 6).

"[...] Com a falta de leito hoje, a gente não consegue garantir a vinculação, porque a gente não consegue garantir a essa mulher, hoje, que ela vai parir naquela determinada maternidade, porque ela pode chegar lá e a maternidade transferi-la pra uma outra unidade ou porque ela é alto risco ou porque a maternidade está superlotada" (Entrevistado 5).

No Brasil, a universalização da cobertura da assistência pré-natal,²¹⁻²³ não tem garantido a captação precoce das gestantes,²³⁻²⁵ nem tão pouco a continuidade e complementaridade das ações entre os serviços que prestam assistência pré-natal e aqueles que disponibilizam atenção ao parto^{20,26}.

Os resultados demonstraram que a maioria das gestantes recifenses (59,3%) e das outras cidades do estado (52,2%) realizaram partos normais, essa intensa migração de mulheres das outras cidades, sobretudo para atendimento ao parto de baixo risco, representa o descompromisso dos municípios com o cuidado às gestantes e recém-nascidos. Além disso, grande parte dessas gestantes (71,1%) foi assistida para o parto de risco habitual nas unidades de nível terciário, comprometendo seu papel como referência para assistência de alto risco (Tabela 1). Situação destacada por um entrevistado:

"[...] Quando a gente vai fazer uma avaliação em termos de número de partos, quando se espera que 15% dos partos sejam realmente de alto risco e a gente pode estender até um pouquinho mais porque como o pré-natal está falhando, a gente fica surpreso com a quantidade de pacientes de baixo risco [nas unidades de referência de nível terciário]" (Entrevistado 6).

Cenário que ratifica os problemas na organização da assistência obstétrica na rede avaliada. Por um lado, os serviços não estão organizados em rede e distribuídos de maneira hierárquica com fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos, indicando a existência de vazios assistenciais. Contexto relatado pelo entrevistado 2:

"E existe rede? Existe? Se existisse uma rede, se eu sou um usuário que moro na Campina do Barreto (bairro), então eu sei que eu tenho um hospital primário que vai me atender que seria a Barros Lima (maternidade), e em caso de uma maternidade alto risco seria o hospital Agamenon Magalhães, na prática isso não acontece, embora seja uma diretriz da Rede Cegonha, não acontece, não existe rede. Na prática você não tem rede de referência, de contrarreferência, de nada disso. Para mim o que existe é uma aglomeração de hospitais sem nenhum controle. A rede é uma ficção" (Entrevistado 2).

Por outro lado, os mecanismos de regulação e ordenação do acesso estabelecidos pela Secretaria Estadual, através da central de regulação de leitos, não têm sido efetivos e resolutivos, como foi enfatizado por alguns gestores:

"É por que na verdade, é aquilo que eu lhe falei, ela [a Central de Regulação de Leitos do estado de Pernambuco] está regulando o caos. Ela tem um quantitativo de pacientes, que ela precisa encaminhar, e ela tem um local reduzido para onde encaminhar" (Entrevistado 3).

"É difícil. A gente tem até alguns embates, com a regulação, mas a situação da central de regulação é muito difícil, porque eles se veem na situação em que estão com uma paciente, e precisa encaminhar para algum lugar, sem muitas vezes existir a vaga [...] Tem que dá o acesso, nem que seja para ela ficar na maca, nem que seja para ela ficar numa cadeira, mas não pode deixar na rua" (Entrevistado 1).

A partir das respostas dos entrevistados, de modo geral a atuação da Central de Regulação dos leitos tem sido limitada frente aos problemas da organização do Sistema de Saúde. A superlotação das unidades, a insuficiência dos leitos, a demanda desorganizada na rede impossibilitam a ordenação do acesso de maneira a garantir o leito e a assistência adequada.

Diante de problemas estruturais, como a insuficiência de recursos humanos e tecnológicos, há dificuldade na comunicação entre a central de regulação e as unidades e

problemas nos protocolos da central, onde entrevistados apontaram além dos limites da Central de Regulação, para problemas em relação a orientações equivocadas determinando a redução do seu potencial na concretização dos fluxos e ordenação do acesso, assim como, no atendimento às necessidades das gestantes.

"Ela funciona bem só para separar isso, se é de alto risco, ela vai mandar para o alto risco, se no alto risco está com baixo risco, ela vai mandar para o baixo risco, mas o gerenciamento de leitos não está bom. Eu tenho um caos aqui e outro [serviço] que teria condições de me ajudar e a gente não está se ajudando ainda por causa dessa ideia [de] regulação. Existe uma orientação de não transferirmos pacientes de baixo risco para o baixo risco, mesmo diante da superlotação" (Entrevistado 3).

Bitencourt et al. (2014) ²⁷ avaliaram a estrutura das maternidades no Brasil e também identificaram fragilidades na regulação da internação hospitalar para o parto no SUS, expresso pela falta de organização da rede de atenção às gestantes e recém-nascidos, sobretudo, de alto risco

Mesmo reconhecendo os problemas da Central de Regulação, alguns entrevistados identificaram à sua atuação como função precípua e fundamental, no contexto da atual situação da organização da assistência ao parto, considerando que “seria pior sem ela”:

"Eu acho que a gente não consegue viver sem, isso aí, não tem como dizer que dificulta não. Facilita, mas por conta da sobrecarga a gente muitas vezes não consegue encaminhar. Então assim, sem ela a gente não teria como funcionar porque a gente precisa dessa organização, que alguém pelo menos dê uma luz e quando tem vaga é maravilhoso, não é?" (Entrevistado 4).

"Eu acho que a regulação funciona bem, o que eu acho que a regulação não tem é leito pra regular, não é?" (Entrevistado 5).

Em relação à avaliação da satisfação das gestantes com as condições oferecidas pelas unidades e o trabalho dos profissionais segundo a natureza das unidades, à escolaridade das usuárias e seu local de residência, as maiores satisfações foi com o trabalho dos profissionais, sendo superior a 70,0% nos três grupos avaliados (Tabela 2).

A elevada satisfação com o trabalho dos profissionais sugere, portanto, que o atendimento prestado nas unidades busca por em prática os princípios da humanização da assistência ao parto, recebendo a mulher com respeito à sua dignidade, de forma ética e solidária, como foi relatado por alguns entrevistados:

A filosofia [da unidade] é realmente da humanização, de melhorar o atendimento, atender na porta, explicar a paciente todo o processo, garantir o acompanhante [...] Foi instituída uma avaliação da satisfação do usuário, que é muito importante, então toda paciente na alta preenche um questionário sobre o serviço recebido com sugestão de melhorias" (Entrevistado 1).

"[A Humanização da Atenção] É a nossa meta, dia a dia a gente tem trabalhado com várias estratégias nesse sentido, desde conscientização, palestras sobre a humanização, até revisão do quantitativo de enfermeiros obstetras para atuar diretamente no parto humanizado. É o nosso dia a dia" (Entrevistado 3).

Em contrapartida, houve uma altíssima insatisfação com as condições oferecidas pelas unidades, ultrapassando 40,0% (Tabela 2). Sugerindo que a ambiência das unidades não está adequada e não tem proporcionado o bem-estar às suas pacientes, situação partilhada pela opinião de um entrevistado que enfatizou as precárias condições em sua unidade de trabalho:

"[...] Com trinta e seis pacientes em um lugar onde eram para ter quatro, eu desafio você a transformar isso aqui num ambiente humanizado. Você tem 36 pessoas para dividir com seus respectivos acompanhantes, com mais uma equipe de 15 a 20 profissionais de todas as áreas, soma o que? Mais de 90 pessoas em um espaço que é para ter 5 vezes menos [...] Existe uma enorme dificuldade de colocar acompanhantes o tempo todo no serviço, por que na verdade não tem mais privacidade. Tem paciente na cadeira do acompanhante por que não tem mais leitos, não tem mais maca" (Entrevistado 2).

Opinião não partilhada por todos os entrevistados que consideraram as condições das unidades adequadas ao atendimento com qualidade:

"Com relação a estrutura física, a gente realmente não tem problema, o espaço é adequado, não falta espaço, medicamentos, equipamentos, assim graças a Deus, a gente tem tudo aqui" (Entrevistado 1).

"[A estrutura] de equipamentos, de recursos é suficiente para que a gente possa fazer uma boa assistência à mulher e ao recém-nascido" (Entrevistado 3).

"Eu acho que é boa, mas que pode melhorar. Pode melhorar, pela demanda que ainda é muito grande" (Entrevistado 4).

Entretanto, em outros momentos de seus discursos alguns desses gestores explicitaram algumas dificuldades enfrentadas pelas unidades, relacionadas à disponibilidade de equipamentos, insumos e ambiente adequado:

[...] A gente tem doulas, enfermeiros obstétricos, então existe aquele manejo, os métodos não farmacológicos para alívio da dor.. [...] Por muitas vezes, está acontecendo dois, três partos e alguém vai acabar naquelas outras [macas] tradicionais, e você não tem o que fazer não. Aquela orientação de que deve ser oferecida à paciente condições para ela parir onde ela está, e onde é que ela está? Ela estava ali, sentada em uma cadeira, a outra estava numa maca, eu não podia oferecer. Tudo está assim, né? No seu limite dentro da medida do possível, a pessoa está fazendo tudo o que pode. A grande queixa daqui de assistência ao parto, é não ter a quantidade de leitos adequada para dar privacidade e um bom atendimento de acordo com o quantitativo de profissionais que a gente está" (Entrevistado 3).

"No momento agora é até complicado de a gente falar da questão [da suficiência e disponibilidade] de insumos, não é? Está todo mundo trabalhando um pouquinho dentro do que é possível" (Entrevistado 4).

Para Donabedian^{14,28} a qualidade da atenção à saúde perpassa pela dimensão “processo”, representada pelas atividades e relações que envolvem os profissionais de saúde e pacientes e suas inter-relações. Segundo o autor, a satisfação dos usuários se refere ao atendimento às suas expectativas em relação às condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações e preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento.

No que se refere à satisfação dos profissionais com a estrutura oferecida pelas unidades para o desenvolvimento do atendimento e trabalho, observou-se diferenças significativas ($p = 0,00$) entre as dimensões avaliadas, sendo maiores com as condições

(88,3%), à disponibilidade e qualidade dos insumos e equipamentos (73,7%) e o quantitativo dos profissionais (64,1%) (Tabela 3).

Ratificando o grave problema das condições de atendimento em que se encontram as unidades, comprometendo a prestação dos cuidados de forma humanizada e com qualidade.

Outros estudos também identificaram problemas na estrutura, adequação e disponibilidade de equipamentos e insumos nas unidades públicas de assistência ao parto^{27,29}.

A análise da motivação para o trabalho revelou diferenças entre os aspectos avaliados ($p = 0,00$), os profissionais estiveram bastante motivados pelas relações sociais (68,9%), e realização profissional (59,3%), e não sentiram-se motivados com relação ao reconhecimento do seu trabalho (13,2%) (Tabela 3), demonstrando que têm uma contribuição positiva para sociedade através do seu trabalho na assistência às gestantes nos serviços públicos de saúde, mas não se sentem reconhecidos na atribuição das funções. Entretanto, as gestantes assistidas por esses profissionais, quando entrevistadas, relataram satisfação com o atendimento recebido, reconhecendo a qualidade e importância de seu trabalho.

Segundo os gestores, os Ginecologistas e Neonatologistas são motivados e comprometidos no desempenho de suas funções, seja por que a política de gestão de pessoas implantada na unidade possibilita a ascensão e melhoria da carreira, ou simplesmente pelo compromisso com a qualidade do atendimento, mesmo nas atuais circunstâncias de superlotação dos serviços e quantitativo insuficiente de profissionais nas escalas dos plantões. Opinião apontada por todos os gestores de unidades entrevistados:

"O que motiva as pessoas é a perspectiva de ascensão, aqui as pessoas tem perspectiva de ascensão. Historicamente sempre foi assim" (Entrevistado 2).

"As equipes de obstetrícia e neonatologia são equipes diferenciadas, porque com todas adversidades que muitas vezes eles passam, por superlotação, pelo número pequeno de maternidades de auto risco, com a maternidade superlotada, com deficiência de RH, eles trabalham, se esforçam, 'vestem a camisa', com todas as adversidades, cansaço trabalham muito, dão muito plantão, eles são motivados" (Entrevistado 1).

"De um modo geral são profissionais motivados que gostam do que fazem e mantêm essa assistência na qualidade que a gente tem hoje. Todos são comprometidos e motivados, se não fosse isso a gente estaria um caos ainda maior" (Entrevistado 3).

Mendes et al. (2013)³⁰, também verificaram boa motivação para o trabalho entre profissionais nas unidades públicas de urgência e emergência, e destacaram a importância desses elementos para compreensão do processo de trabalho e sua interação com os serviços de saúde.

Diante do cenário encontrado na assistência obstétrica, na perspectiva dos gestores, os principais desafios a serem enfrentados na organização e prestação dos cuidados nas unidades foram: a superlotação nas unidades; a insuficiência de leitos; o quadro reduzido de profissionais; a dificuldade de suprir adequadamente as unidades com insumos e materiais necessários; e a dificuldade em substituir o paradigma tecnocrático e consolidar a humanização atenção ao parto:

"O grande ponto negativo é o quantitativo de leitos mesmo, a gente precisa daquele mínimo de qualidade, que cada pessoa tivesse o seu leito. Estou com uma gestante sentadinha ali no corredor, ali sentadinha no corredor e eu só olhando, por que outras pariram, ficaram ali dentro da sala (do COB), dentro da sala de parto, dentro do atendimento com os seus bebês por que não tem vaga, não tem leito" (Entrevistado 3).

"Na assistência ao parto eu acho que falta isso, é preciso adequar o quantitativo dos recursos humanos para que eles possam trabalhar, menos estressados, menos cansados, menos sobrecarregados. Melhorando a comunicação com a paciente, a

humanização. Eu acho que falta isso, o resto a gente já tem" (Entrevistado 1)

"Na realidade é quebrar alguns paradigmas, de que serviço público tem que ser necessariamente pior do que serviço privado, em relação aos direitos mesmo, em relação à humanização, em relação ao acolhimento" (Entrevistado 6).

Conclusões

Os resultados do estudo apontam que na perspectiva de organização da assistência existe sobrecarga da rede com superlotação das unidades, ocasionada pela intensa migração das gestantes de outras cidades para parir na capital, conseqüente do descompromisso dos municípios com a assistência ao parto de risco habitual e da grande concentração dos serviços na capital, gerando vazios assistenciais. Além de uma grande defasagem dos leitos hospitalares em relação à demanda por atendimento.

Demonstrando que a regionalização e a rede de atenção não estão consolidadas e existem fragilidades na relação das ações e serviços da atenção básica com as unidades hospitalares, determinado a fragmentação dos cuidados. Contexto que impossibilita a regulação do acesso pela central de leitos do estado em cumprir seu papel de forma adequada e efetiva, levando à peregrinação das usuárias.

No atendimento às gestantes, a demanda desordenada e desproporcional à capacidade instalada das unidades contribui para precariedade das condições de atendimento e trabalho com insuficiência de profissionais e leitos e disponibilidade inadequada de insumos e equipamentos. Ainda assim, os profissionais demonstram-se motivados e comprometidos com o atendimento humanizado e solidário, refletindo na satisfação das usuárias com os cuidados recebidos.

Revelando que a qualidade da assistência obstétrica na rede pública hospitalar de Recife é insatisfatória e enfrenta dificuldades para consolidar o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento.

O enfrentamento desse problema demanda pela discussão e reestruturação da rede no âmbito da regionalização seja da Região Metropolitana ou interior do estado, não se resumindo à capital. É preciso existir um esforço conjunto dos municípios para que os partos de risco habitual sejam garantidos em suas cidades, possibilitando à organização efetiva da rede de assistência obstétrica considerando os níveis de complexidade dos serviços e a ordenação da regulação do acesso.

Referências

1. Souza, JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. Ver. Bras. Ginec. Obstet. 2013; 35(12):533-5.
2. Aquino EML. Pesquisa Nascir no Brasil. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(sup.1): S08-S10
3. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS et al. Pesquisa Nascir no Brasil: Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(Sup.1): S128-S139
4. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(6):1053-1064.
5. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo AFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12.
6. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo, HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):253-9.
7. Bruggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski ME. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(4): 658-68.
8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Pesquisa Nascir Brasil: Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. 2014; 30 (Sup 1): S17-S47
9. Portella MO. Avanços e incoerências nas políticas de humanização do parto e nascimento. In: Martins PH et al. Produtivismo na saúde. Desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária Universidade Federal de Pernambuco; 2014. P. 119-144.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático da rede Cegonha, Brasília. 2011
11. Bosi MLM, Uchimura, KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):150-3.
12. Minayo, MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2012; 17(3): 621-626.
13. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FM, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2010
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114: 1115-1118.
15. Minayo MCS. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. *Saúde e Transformação Social*. 2011; 1(3): 02-11.
16. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>> Acesso em: 02 set. 2016.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002.
18. Kvale S. *An Introduction to Qualitative Research Interview*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1996.
19. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2015; 15(1): 91-104 CUNHA et al., 2010).
20. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva, SS. Peregrinação no anteparto em São Luís, Maranhão. *Cogitare Enferm.*, 2010; 15(3):441-7.
21. Domingues RMSM, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-437
22. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(11):563-9.
23. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Pesquisa Nascer no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Sup): S85-S100.
24. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sexl Reprod Health* 2009; 35:15-20.
25. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan* 2010; 25:253-61 BARROS et al, 2010;

26. Barros FC, Matijasevich A, Requeio JH, Giugliani E, Maranhão EG, Monteiro CA, et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; Published online ahead of print August 19.
27. Bittencourt DAS, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Pesquisa Nacer no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(Sup. 1): S208-S219.
28. Donabedian A, organizador. *Explorations in quality assessment and monitoring.* Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
29. Alves MTSSB, Araújo TVB, Alves SV, Marinho LFB, Schiavo L, Menezes G et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2014; 14 (3): 229-239.
30. Mendes ACG, Araújo Junior JLAC, Furtado BMASM, Duarte PO, Silva ALA, Miranda GMD. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2): 161-166.

Quadro 1 – Descrição das categorias analisadas. Recife, 2015.

ASPECTO/ATRIBUTO	DEFINIÇÃO
<p>Assistência no pré-natal e parto</p> <p>Realizou pré-natal</p> <p>Iniciou o pré-natal no primeiro trimestre</p> <p>Vinculação entre o pré-natal e o parto</p> <p>Peregrinação</p> <p>Partos normais</p> <p>Assistência em maternidades de baixo e médio risco</p> <p>Assistência em hospitais de referência de nível terciário</p>	<p>Número de gestantes que realizaram quatro e mais consultas de pré-natal</p> <p>Número de gestantes que iniciou os cuidados pré-natais antes de doze semanas de gestação</p> <p>Número de gestantes que receberam informações sobre a unidade onde realizaria o parto</p> <p>Número de gestantes que passaram por duas ou mais unidade até ser internada para o parto</p> <p>Número de gestantes que realizaram partos normais</p> <p>Número de gestantes que realizaram partos nas três maternidades municipais</p> <p>Número de gestantes que realizaram parto nos cinco hospitais</p>
<p>Satisfação das Usuárias</p> <p>Satisfação com as Condições Oferecidas</p>	<p>Transporte da transferência entre as unidades</p> <p>Tempo de espera para atendimento na recepção</p> <p>Tempo de espera para atendimento pela equipe de saúde</p> <p>Possibilidade em fazer reclamações</p> <p>Privacidade durante o atendimento</p> <p>Temperatura na enfermaria</p> <p>Barulho na enfermaria</p> <p>Conforto na enfermaria</p> <p>Limpeza na enfermaria</p> <p>Qualidade e quantidade das refeições</p> <p>Qualidade e quantidade das roupas</p>
<p>Satisfação com o Trabalho dos profissionais</p>	<p>Assistência pré-natal</p> <p>Gentileza dos profissionais na recepção</p> <p>Atendimento na recepção de forma geral</p>

Satisfação com o Trabalho dos profissionais	Respeito dos profissionais Confiança nos profissionais Apoio nos momentos de dor e medo Trabalho da equipe de enfermagem Trabalho dos médicos Orientações sobre os cuidados com o recém-nascido Orientações sobre os cuidados puerperais
Insatisfação dos Profissionais Insatisfação com as Condições de Atendimento	<u>Meios Diagnósticos e Terapêuticos:</u> suporte de serviço de laboratório; suporte do serviço de imagem; suporte do banco de sangue. <u>Insumos e Equipamentos:</u> disponibilidade dos equipamentos de trabalho; condições dos equipamentos de trabalho; disponibilidade dos materiais e insumos; qualidade dos materiais e insumos. <u>Quantitativo de Profissionais:</u> quantidade de médicos; quantidade de enfermeiros; quantidade de pessoal auxiliar. <u>Gerenciamento do Trabalho:</u> número de atendimentos por turno; carga horária de trabalho. <u>Condições:</u> conforto como condição de trabalho; condições do repouso; limpeza do ambiente qualidade. das refeições oferecidas; segurança
Motivação dos Profissionais Motivação para o trabalho na unidade	<u>Realização Profissional:</u> prazer no trabalho; realização profissional; realização pessoal; aquisição de experiência. <u>Relações Sociais:</u> relacionamento com outros profissionais; ser útil pra a sociedade. <u>Reconhecimento:</u> reconhecimento <u>Segurança no Trabalho:</u> salário; estabilidade.

Tabela 1 - Caracterização da assistência no pré-natal, parto e pós-parto, na rede pública de assistência ao parto da cidade do Recife, segundo local de residência das gestantes no estado de Pernambuco. Recife, 2015.

	Residência			
	Capital		Demais cidades	
	n	%	n	%
Gestantes	383	38,3	617	61,7
Realizou pré-natal	347	90,6	567	91,9
Iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gestação	214	55,9	399	64,7
Vinculação entre o pré-natal e o parto	98	25,6	149	24,1
Peregrinação	130	33,9	434	70,3
Partos normais	227	59,3	322	52,2
Assistência nas maternidades de baixo e médio risco	157	41,0	93	15,1
Assistência nos hospitais de nível terciário	226	59,0	524	84,9

Tabela 2 - Avaliação da satisfação das usuárias com as condições oferecidas nas unidades e o trabalho dos profissionais, segundo esfera de gestão dos serviços, escolaridade e local de residência, na rede pública de assistência ao parto hospitalar, na cidade do Recife, 2015.

	Satisfação %	Insatisfação %	*X ²
Condições Oferecidas			
Municipal	48,9	51,1	
Estadual	57,8	42,2	X ² = 82,4
Filantrópico	60,3	39,7	p = 0,000
Federal	59,2	40,8	
Trabalho dos profissionais			
Municipal	71,5	28,5	
Estadual	79,8	20,2	X ² = 310,4
Filantrópico	87,4	12,6	p = 0,000
Federal	89,0	11,0	
Condições Oferecidas			
Sem escolaridade e fundamental incompleto	58,9	41,1	
Fundamental completo e médio incompleto	55,6	44,4	X ² = 10,8
Médio completo e superior incompleto	55,7	44,3	p = 0,01
Superior completo e pós-graduada	51,4	48,6	
Trabalho dos profissionais			
Sem escolaridade e fundamental incompleto	82,3	17,7	
Fundamental completo e médio incompleto	80,6	19,4	X ² = 7,05
Médio completo e superior incompleto	82,7	17,3	p = 0,07
Superior completo e pós-graduada	85,6	14,4	
Condições Oferecidas			
Recife	53,5	46,5	
Região Metropolitana do Recife	55,7	44,3	X ² = 39,5
Outras Regiões de Pernambuco	61,0	39,0	p = 0,000
Outros Estados	53,8	46,2	
Trabalho dos profissionais			
Recife	77,8	22,2	
Região Metropolitana do Recife	83,5	16,5	X ² = 83,3
Outras Regiões de Pernambuco	86,0	14,0	p = 0,000
Outros Estados	71,8	28,2	

* Resultados do teste de Pearson.

Tabela 3 - Avaliação da insatisfação dos profissionais segundo dimensões das condições de atendimento e motivação para o trabalho na rede pública de assistência ao parto. Recife, 2015.

Estrutura para o trabalho	Insatisfação		*X²
	n	%	
Meios diagnósticos e terapêuticos	84	58,7	X ² = 412,5 DF = 4 p = 0,000
Insumos e equipamentos	156	73,7	
Quantitativo de profissionais	136	64,1	
Gerenciamento do Trabalho	120	56,6	
Condições	182	88,3	
Dimensões	Motivação		*X²
	n	%	
Realização Profissional	126	59,3	X ² = 250,2 DF = 3 p = 0,000
Relações Sociais	146	68,9	
Reconhecimento	28	13,2	
Segurança no Trabalho	75	35,4	

* Resultados do teste de Friedman.

6 CONCLUSÕES

A tese pretendeu responder como os fatores assistenciais, gerenciais e políticos interferem na qualidade da assistência ao parto na rede pública na cidade do Recife, para isso realizou-se um estudo de caso de cunho exploratório utilizando-se as abordagens quantitativa e qualitativa. Considerando os objetivos da pesquisa foram desenvolvidos quatro artigos científicos que possibilitaram concluir:

- a) No Brasil, entre 1999 e 2013, a taxa de natalidade reduziu, mas a gravidez na adolescência permaneceu elevada. Na assistência obstétrica houve aumento expressivo aumento das cirurgias cesarianas e da cobertura da assistência pré-natal, simultâneos ao crescimento dos óbitos infantis preveníveis por adequada atenção na gestão e parto; com o aumento da prematuridade, do baixo peso, da síndrome de Down, e da manutenção das mortes maternas por causas obstétricas diretas;
- b) Em Recife, as gestantes atendidas na rede pública de assistência ao parto, foram em sua maioria primíparas pardas, com idade entre 20 e 39 anos, Ensino Médio completo e residentes de fora da capital. Assim como verificado no país, a assistência pré-natal esteve praticamente universalizada entre às gestantes do Estado e um entre cinco partos realizados nas unidades foi em adolescentes. Houve um predomínio dos partos cesáreos nas unidades, com exceção das maternidades municipais;
- c) Entre os aspectos do modelo humanístico da atenção ao parto avaliados, o contato pele a pele mãe-bebê e o internamento em alojamento estiveram instituídos em todas as unidades, mas a presença do acompanhante em todos os momentos foi garantida apenas no hospital filantrópico. Houve demora para assistência pela equipe de saúde, principalmente nas Maternidades Municipais e no Hospital Filantrópico. A amamentação na sala de parto não foi assegurada e cinquenta mulheres relataram terem sofrido violência durante o atendimento em todas as unidades;
- d) Os hospitais melhores avaliados pelas gestantes foram o Filantrópico e o Federal. As gestantes estiveram bastante satisfeitas com o trabalho dos médicos, as orientações dos cuidados com o recém-nascido, com a gentileza dos profissionais

- no acolhimento, com o atendimento de forma geral na recepção, o respeito e a confiança nos profissionais da equipe de saúde;
- e) As maiores insatisfações das gestantes foram com os aspectos relacionados à Ambiência das unidades: temperatura na enfermaria, qualidade e quantidade das roupas, o barulho e o conforto;
 - f) Os profissionais que assistem nas salas de parto são predominantemente do sexo feminino, pós-graduados em nível de especialização, e atuam nas unidades por opção;
 - g) A estrutura para o trabalho oferecida pelas unidades recebeu péssima avaliação dos profissionais que demonstraram altíssima insatisfação com a segurança, o conforto, as condições do repouso, a qualidade das refeições, a limpeza do ambiente, e número de atendimentos por turno, como também os elementos que compõem à infraestrutura básica para a assistência: suporte dos meios diagnósticos e terapêuticos; banco e sangue; disponibilidade e qualidade dos equipamentos, insumos e materiais, comprometendo a qualidade da assistência. Entre as unidades, os hospitais Filantrópico e Federal foram as melhores avaliadas enquanto as maternidades municipais receberam o pior julgamento;
 - h) Os profissionais estiveram bastante motivados pelas Relações Sociais com o relacionamento com os outros profissionais e na Realização Profissional com o prazer no trabalho e a aquisição de experiência. A *Segurança no Trabalho* e o *Reconhecimento* do trabalho pela sociedade foram considerados pouco importantes na motivação para o trabalho. Os profissionais dos hospitais Estaduais e Federal estiveram mais motivados que os das demais unidades avaliadas;
 - i) Na perspectiva de organização da assistência existe sobrecarga da rede com superlotação das unidades, ocasionada pela intensa migração das gestantes de outras cidades para parir na capital, conseqüente do descompromisso dos municípios com a assistência ao parto de risco habitual e da grande concentração dos serviços na capital, gerando vazios assistenciais. Além de uma grande defasagem dos leitos hospitalares em relação à demanda por atendimento;
 - j) A regionalização e a rede de atenção não estão consolidadas e existem fragilidades na relação das ações e serviços da atenção básica com as unidades hospitalares, determinado a fragmentação dos cuidados. Contexto que

impossibilita a regulação do acesso pela central de leitos do estado em cumprir seu papel de forma adequada e efetiva, levando à peregrinação das usuárias;

- k) A demanda desordenada e desproporcional à capacidade instalada das unidades contribui para precariedade das condições de atendimento e trabalho com insuficiência de profissionais e leitos e disponibilidade inadequada de insumos e equipamentos. Ainda assim, os profissionais demonstram-se motivados e comprometidos com o atendimento humanizado e solidário, refletindo na satisfação das usuárias com os cuidados recebidos.

O uso de várias abordagens metodológicas para conhecer a perspectiva dos sujeitos envolvidos sobre a assistência ao parto, as gestantes, os trabalhadores e os gestores demonstrou ser uma ferramenta metodológica adequada para compreensão de aspectos que compõem fenômenos complexos.

Os achados desse estudo demonstram que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada, e representa um cenário desafiador. Em Recife, a qualidade da assistência obstétrica na rede pública é insatisfatória e enfrenta dificuldades para consolidar o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento.

Estes resultados são produto das reflexões obtidas a partir das dimensões definidas, portanto, outros estudos com outras abordagens poderão ter resultados distintos e que contribuirão para uma melhor percepção de tema tão complexo.

REFERÊNCIAS

- ACESSO e humanização, direitos da mãe e do bebê. **RADIS Com. Saúde**, Rio de Janeiro, n. 117, p.8-16, maio 2012.
- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v.15, n.36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P L; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2287-2296, 2013.
- ANVERSA, E. T. R.et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.
- ARAUJO, C.; FIGUEREDO, K.; FARIA, M. D. Qualidade em serviços de saúde. **Qualitas Rev. Eletronica**, Campina Grande, v.8, n.3, 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/529>>. Acesso em: 2 abr. 2015.
- BARROS, F. C. et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. **Am. J. Public Health**, Washington, v.100, n.10, p.1877-1889, 2010.
- BARROS, F. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, London, v. 365, p. 847-854, 2005.
- BITTENCOURT, D. A. S. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Pesquisa Nascer no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. S208-S219, 2014.
- BORGES, L. O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In: BORGES, L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 143-198.
- BOSI M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Assistência à saúde**, Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 27 maio 2016.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Estatísticas vitais**. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 27 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067 de 6 julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.128, 6 jul. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/vaio/Downloads/portaria%20n%201067%202005%20%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20aten%20obstetrica%20e%20neonatal.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático da rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRUGGEMANN, O. M. et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.4, p. 658-668, 2011.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e materna relacionadas ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 427-435, 2010.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. S. “Left alone, but that’s okay”: paradoxes of the experience of women hospitalized due to induced abortion in Salvador, Bahia, Brazil. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v.17, n.45, p. 405-18, 2013.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S59-S70, 1996.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M. C. (Org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.25-62.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts e methods. **Bull. A. M. L. F. C.**, Montreal, v. 33, n. 1, p. 12-17, 1993.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez Oboré, 1998.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial da mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABIDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>>. Acesso em: 5 out 2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero, nos espaços públicos e privados**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 5 mar 2016.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

- GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.
- GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 425-438, 1995.
- GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009.
- GONÇALVES, J.; SAMPAIO, J. O Acompanhamento de Indicadores de Saúde no Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica: Uma Experiência no Distrito Sanitário de João Pessoa/PB. **R. Bras. Ci. Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 1, p. 55-60, 2015.
- GUARDA, F. R. B. **Perfil sócio-demográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do Recife**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2009.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 50-55.
- HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-29.
- JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 256-266, jul./dez. 2007.
- KVALE, S. **An Introduction to Qualitative Research Interview**. New Delhi: SAGE Publications, 1996
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido Brasil: Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.
- LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, L. D. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 64-69, 2008.
- LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1724-1725. 2008.

LEAL, M. C. et al. Pesquisa Nascir Brasil: Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S47, 2014.

MACIEL LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, 2004.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 19-78.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estud. Femin.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2005.

MATOS, G. C. M. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, p. 870-878, 2013.

MELARA, S. et al. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.13, n.3, p. 128-135, jul./set. 2006.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: uma abordagem por triangulação de métodos. 2009**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, 2013.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social**: teoria e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: MEMÓRIAS CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2012. Habana. **Anais**. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2012.

Disponível em:

<<http://www.convencional2012.sld.cu/index.php/convencional2012/paper/view/744/321>>. Acesso em: 27 maio 2015.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NARDI, A. C. F. et al. Resenha do livro Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 803-804, 2015.

OLIVEIRA, A. C. **Gênero, saúde reprodutiva e trabalho**: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance**. Paris: OECD Publishing, 4 nov., 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Appropriate Technology for Birth. **Lancet**, London, v. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Genebra, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998.

PONTES, M. G. A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.12, n.1, p. 69-78, 2014.

PORTELLA, M. O. Avanços e incoerências nas políticas de humanização do parto e nascimento. In: MARTINS P.H. et al. **Produtivismo na saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, 2014. p. 119-144.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.11, p. 61-71, 2010.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. M. (Org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 207-227.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crít. Cienc. Soc.**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, 2009.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorâma da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.3, p.269-279, 2004.
- SILVA, A. L. A. et al. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 682-691, 2014.
- SILVA, A. L. A. et al. Childbirth care in Brazil: a critical situation has not yet been overcome. 1999- 2013. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 129-148, 2016.
- SILVA, J. L. P; SECATI, J. G; SERRUYA. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 103-105, 2005.
- SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.12, p. 533-535, 2013.
- SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Condições de trabalho em hospitais do *mix* público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso, **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 62, p. 33-40, 2014.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nascir Brasil: Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S71-S83, 2014.
- TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n. 35, p.1-12, 2015.
- TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S419-S427, 2003.
- TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 17-25, fev. 1991.

WAGNER, M. Fish can't see water. The need to humanize birth. **Int. J. Gynecol. Obstet.** Limerick, v. 75, supl. 1, p. S25-S37, 2001.

WOLFF, L. R. WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n. 3, p.138-151, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Matriz Conceitual

DIMENSÃO	DESCRITORES	O QUE AVALIAR	QUESTÃO NORTEADORA	ONDE	QUEM
Acesso	Ao serviço	Meios	Como chegou à unidade de saúde (meio de transporte)	Unidades	Usuárias
	Organização do serviço para prover os cuidados necessários, no momento certo e lugar adequados	Como	Acessou a unidade por demanda espontânea		
			Foi encaminhado por outra unidade de saúde		
			Houve a sua vinculação desde o pré-natal ao local em que foi realizado o parto		
			A equipe lhe informou o local onde foi realizado o parto e mediu a sua visita a esse serviço		
			Orientação sobre aquisição da ajuda de custo e apoio financeiro para transporte		
			Quantos serviços tentou acesso antes da realização do parto		
	Tempos	Como avalia o tempo para chegar à unidade			
		Como avalia o tempo para transferência			
		Distância	Distância da sua casa para a unidade		
Ao subsistema	Organização da rede	Inserção do hospital/maternidade na rede de saúde	Rede	Gestores	
Capacidade do sistema de saúde em estruturar e compor a rede de serviços necessários, para prestação dos cuidados no momento certo lugar adequados		Organização da rede de atenção			
		Regulação e oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru)			
Acolhimento	Processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.	Responsabilidade do serviço e profissionais em acolher, escutar	Atendimento por equipe multiprofissional no momento da chegada à unidade	Unidades	Usuárias
			Avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário		
			Avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;		
			Permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;		
			Transferência da mulher, com vaga assegurada no serviço de referência, em transporte adequado		
			Profissionais de saúde disponíveis para prestar orientações sempre que solicitados		
Como avalia o tempo de espera para ser atendido					

DIMENSÃO	DESCRIPTORIOS	O QUE AVALIAR	QUESTÃO NORTEADORA	ONDE	QUEM
Respeito ao direito das pessoas	Capacidade do sistema de saúde em assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam centrados nas pessoas, aliado a um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal	Dignidade e cortesia	Ao chegar a unidade foi atendida de forma gentil e respeitosa	Unidades	Usuárias
			Ao ser atendida os profissionais se comportaram de forma gentil e respeitosa		
			Encontrou algum empecilho para entrar no hospital		
			Quando houve necessidade os profissionais se prontificaram a atender a sua solicitação		
			Sempre que necessitou, encontrou espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias		
			Durante o período em que esteve no hospital, foi permitida a presença de acompanhante (livre escolha)		
		Direito à informação	No seu atendimento houve orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados		
			Quando precisou se deslocar no hospital havia sinalizações que permitiram achar o setor com facilidade		
		Autonomia sobre os cuidados à saúde	Garantia de escolha do tipo de parto		
			Garantia de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos		
		Confidencialidade	Sentiu confiança no profissional que o atendeu para contar o problema de saúde		
		Privacidade no atendimento	Quando foi atendida foi exposta a outras pessoas que não os profissionais de saúde		
			Durante o parto e o pós-parto imediato foi garantida a privacidade da parturiente e seu acompanhante		
Apoio aos medos, desconfortos e dor	Promoção de algum cuidado para alívio da dor				
	Houve apoio por parte da equipe para proporcionar segurança durante o atendimento				
	Acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor				
Violência Obstétrica	O exercício de práticas e/ou atitudes dirigidas às mulheres durante a assistência no pré-natal, parto e pós-parto que lhes venha a causar danos físicos, emocionais e/ou psíquicos	Situações de violência contra as gestantes	Sentiu-se violentada ou mal tratada de alguma forma em outro serviços no atendimento à gestação e parto?	Unidades	Usuárias e Gestores
			Sofreu algum tipo de violência física		
			Sofreu algum tipo de violência verbal: gritos, xingamentos.		
			Sofreu algum tipo de violência psicológica: ameaças, humilhações ou se negação a oferecer algum tipo de alívio para dor.		
			Sentiu-se violentada ou mal tratada de alguma forma, durante o atendimento na unidade?		

DIMENSÃO	DESCRIPTORES	O QUE AVALIAR	QUESTÃO NORTEADORA	ONDE	QUEM
Assistência	Assistência baseada no conhecimento técnico-científico existente	Pre-natal	Captação precoce do pre-natal (1º trimestre)	Unidades	Usuárias Profissionais Gestores
			Quantidade de consultas		
			Exames e resultados em tempo oportuno		
			Identificação do risco materno fetal e encaminhamento para referência		
			Apoio nos deslocamentos para as consultas de pré-natal		
		Parto	Condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher (sem impedimentos clínicos)		
			Avaliação dos períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;		
			Estímulo para que os procedimentos sejam baseados na avaliação individualizada e protocolos		
			Contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido		
			Atendimento imediato ao recém-nascido no mesmo ambiente do parto		
			Identificação adequada do recém-nascido ainda no ambiente do parto		
			Monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais		
			Realização de testes de triagem neonatal e imunização		
			Partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica		
			Realização de orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido		
		Puerpério	Adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.		
			No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.		
			Garantia que, em uso de medicamentos ou portadora de patologias que interfiram ou impeçam a amamentação, haja orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com suas necessidades.		
		Equipe multiprofissional	Garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;		
		Alojamento conjunto	O serviço garante a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.		
Aleitamento	Estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto				
	Estímulo ao aleitamento materno sob livre demanda				
Método Canguru	Adoção do Método Canguru, quando indicado				

DIMENSÃO	DESCRITORES	O QUE AVALIAR	QUESTÃO NORTEADORA	ONDE	QUEM
Condições	Condições adequadas para garantir o conforto durante a assistência aos usuários	Compromisso com a ambiência	Na recepção as cadeiras são suficientes para acomodar a todos? As cadeiras são confortáveis?	Unidades	Usuárias
			Na recepção e enfermaria o ambiente é limpo?		
			Na recepção e enfermaria o ambiente é ventilado? O ambiente tem uma temperatura agradável?		
			Na recepção e enfermaria iluminação da emergência é adequada para o seu conforto?		
			A sala de exames estava limpa?		
			A roupa do hospital		
			A mesa de exames estava limpa e com lençol limpo?		
			A maca estava com colchonete, lençol		
			O barulho impede o seu descanso?		
			Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos?		
		A qualidade e quantidade das refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?			
		Condições de trabalho e atendimento	Quantidade de médicos, enfermeiros e auxiliares		Profissionais e Gestores
			Medicamentos		
			Quantitativo dos profissionais		
			Atendimentos por turno		
			Carga horária de trabalho		
			Trabalho em equipe		
			Equipamentos		
			Insumos e materiais		
			Limpeza		
Segurança					
Conforto					
Repouso					
Refeições					

DIMENSÃO	DESCRITORES	O QUE AVALIAR	QUESTÃO NORTEADORA	ONDE	QUEM
Motivação	Maneira como o trabalhador utiliza de sua experiência, emoções, instintos, a partir das condições objetivas que lhe são oferecidas	Motivação dos profissionais para o trabalho nas unidades	Realização profissional	unidades	profissionais
			Relações Sociais		
			Reconhecimento no trabalho		
			Segurança no trabalho		



APÊNDICE B – Questionário das Usuárias

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE

AVALIAÇÃO DAS USUÁRIAS

SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO			
1- UNIDADE:		2- CÓDIGO DA USUÁRIA:	
3- DATA:		4- HORÁRIO:	
5- ENTREVISTADOR:		6- NO. QUESTIONÁRIO:	

Data de Digitação: ____ / ____ / ____

SEÇÃO 2- CARACTERIZAÇÃO DAS USUÁRIAS	
7- A sra. tem quantos anos?	
8- A sra. mora em que cidade?	
9- Qual a sua raça/cor? (1) Parda/morena (2) Negra (3) Branca (4) Amarela (5) Outra:	
10- Qual a sua escolaridade (que última série a sra. cursou)? (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Médio incompleto (4) Médio completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo (7) Pós-graduada (8) Nenhuma	
11- Qual foi o tipo de parto? (1) Normal (2) Cesárea	
12- Quantos filhos a sra. tem? (1) 1 filho (2) 2 filhos (3) 3 filhos (4) 4 filhos (5) 5 filhos (6) 6 filhos ou mais	
13- Quantas gestações a sra. teve? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis ou mais	
14- Esse último parto foi realizado por: (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Não sabe	
15- Há quanto tempo a sra. está internada nessa unidade? (Descrever o tempo em dias)	

SEÇÃO 3- AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL PARTO e PÓS PARTO	
16- A sra. realizou pré-natal? (1) Sim (2) Não (se não, vá para q questão 22)	
17- Onde você realizou o pré natal? (1) PSF/UBS (2) Unidade Especializada (3) Nesse hospital (4) Outro Hospital	
18- O pré-natal teve início em que período da gestação? (1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre	
19- Realizou quantas consulta pré-natal? (1) nenhuma (2) 1 a 3 consultas (3) 4 a 6 consultas (4) 7 ou mais	
20- Durante o pré-natal você foi informada onde iria realizar o parto? (1) Sim (2) Não	
21- Em relação a assistência recebida durante o pré natal, de forma geral, a sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Excelente (6) Não se aplica	
22- Em quantas unidades a sra. foi até chegar aqui? (1) somente essa (2) 2 unidades (3) 3 unidades ou mais	
23- Como a sra. veio a essa unidade de saúde? (1) a pé (2) ônibus (3) moto (4) carro (5) táxi (6) ambulância (7) SAMU (8) outros	
24- Em quanto tempo você chegou a essa unidade? (descrever o tempo em minutos/ horas)	
25- Se a sra. veio transferida de outra unidade, como qualifica o transporte que a trouxe (condições do veículo, motorista, velocidade)? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
26- Você recebeu de auxílio financeiro para viabilizar o transporte até essa unidade onde foi realizado o parto? (1) Sim (2) Não	
27- Quanto tempo a sra. esperou para ser atendida na recepção? (descreva o tempo em minutos e/ou horas)	
28- Como a sra. qualifica esse tempo em que esperou para ser atendida na recepção? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	

<p>29- Em relação à gentileza dos profissionais na recepção, a sra. qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>30- Em relação ao atendimento recebido na recepção da unidade, de forma geral, a sr(a) a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>31- Quanto tempo a sra. esperou para ser atendida pela equipe de saúde? (descreva o tempo em minutos e/ou horas)</p>	
<p>32- Como a sra. qualifica esse tempo em que esperou para ser atendida pela equipe de saúde? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>33- Em relação ao respeito dos profissionais durante o atendimento, a sr(a) a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>34- Em relação à sua confiança nos profissionais durante o atendimento, a sr(a) a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>35- Em relação à privacidade, durante o tempo em que esteve na unidade, a sr(a) a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>36- Em relação ao apoio dos profissionais, em seus momentos de dor e medo, a sr(a) a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>37- A sra. sofreu algum tipo de violência durante o atendimento nesse hospital? (1) Sim (2) Não (se não, vá para q questão 39)</p>	
<p>38- Qual tipo de violência listada abaixo, a sra. identifica? (1) física (se algum profissional empurrou ou machucou a sra.) (2) verbal (se algum profissional gritou ou xingou você) (3) psicológica (se algum profissional ameaçou, humilhou ou se negou a oferecer algum tipo de alívio para dor)</p>	
<p>39- Em relação à possibilidade para fazer perguntas e receber orientações dos profissionais quando precisou, a sra. qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>40- Houve permissão da presença do seu acompanhante, durante o tempo em que permaneceu na unidade? (1) Não (2) Em alguns momentos (3) Em todos os momentos (4) Não se aplica</p>	
<p>41- Ainda na sala de parto, a sra. teve contato pele a pele com o seu bebê? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>42- Ainda na sala de parto, seu bebe mamou? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>43- Seu bebê precisou de algum cuidado especial listado abaixo? (1) UTI (2) Incubadora (3) Berço aquecido (4) Nenhum desses</p>	
<p>44- A sra. ficou no mesmo ambiente que seu bebê durante o tempo que esteve na unidade (alojamento conjunto)? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>45- Você recebeu orientação e estímulo para amamentar o seu bebê? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>46- Você recebeu alguma entre essas orientações: cuidados com os pontos; cuidados com as mamas, orientações com a alimentação, atividade física, atividade sexual e consulta de retorno? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>47- Se a sra. recebeu orientação sobre os cuidados com o bebê, como qualifica essas orientações? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>48- Em relação a qualidade do trabalho dos médicos, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>49- Em relação a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>50- Em relação à possibilidade de fazer reclamações, e ou emitir opiniões, no período em que esteve na unidade, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	

51- Em relação à temperatura na enfermaria, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
52- Em relação ao barulho na enfermaria, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
53- Em relação ao conforto na enfermaria, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
54- Em relação à limpeza na enfermaria, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
55- Em relação à qualidade e quantidade das refeições oferecidas na unidade, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
56- Em relação à quantidade e qualidade das roupas (paciente e leito), a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
57- Em relação ao atendimento recebido no hospital, de forma geral, a sra. a qualifica como? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
58- Se a sra. pudesse escolher, teria outro bebê nessa unidade? (1) Sim (2) Não	



APÊNDICE C – Questionário dos Profissionais

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE
AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1- UNIDADE:		2- CÓDIGO DO PROFISSIONAL:	
3- DATA:		4- HORÁRIO:	
5- ENTREVISTADOR:		6- NO. QUESTIONÁRIO:	

Data de Digitação: ____ / ____ / ____

SEÇÃO 2- CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	
7- Qual o sexo do entrevistado? (1) Feminino (2) Masculino	
8- Qual a sua especialidade? (1) Ginecologista obstetra (2) Neonatologista (3) Residente em Obstetrícia (4) Residente em Neonatologia	
9- Há quanto tempo o sr(a) se graduou em Medicina? (Descrever em meses/ano(s))	
10- Em qual instituição de ensino o sr(a) se graduou em Medicina? -----	
11- O sr(a) concluiu algum curso de pós-graduação? (1) Residência/Especialização (2) Mestrado (3) Doutorado (4) Residência/especialização e mestrado (5) Residência/especialização e doutorado (6) Mestrado e doutorado (7) Todos (8) Nenhum	
12 – Qual a sua raça/cor? (1) Parda/morena (2) Negra (3) Branca (4) Amarela (5) Outra:	
13 – Qual o tipo de contrato trabalhista do sr(a) com esta unidade? (1) Estatutário (2) CLT (3) Contrato temporário (4) Residente (5) Outro:	
14- Estar lotado nesta unidade foi uma opção pessoal do sr(a)? (1) Sim (2) Não	
15- Há quanto tempo o sr(a) trabalha nesta unidade? (Descrever em meses/ano(s))	
16- Qual o turno/jornada de trabalho semanal do sr(a) aqui, nesta unidade? (1) 2 plantões de 12 horas (2) 1 plantão de 24 horas (3) Diarista (4) Outro:	
SEÇÃO 3- CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E TRABALHO	
17 – Considerando o suporte de serviço de laboratório desta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
18 – Considerando o suporte do serviço de imagem desta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
19 – Considerando o suporte do banco de sangue desta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
20 – Considerando à disponibilidade dos equipamentos de trabalho desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
21– Considerando às condições dos equipamentos de trabalho desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
22– Considerando à disponibilidade de materiais para desenvolver as atividades (medicamentos, descartáveis etc) desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
23– Considerando a qualidade dos materiais para desenvolver as atividades (descartáveis, etc) desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
24– Considerando a quantidade de médicos desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
25– Considerando a quantidade de enfermeiros desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
26– Considerando a quantidade de pessoal auxiliar desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	
27 – Considerando o trabalho em equipe multiprofissional nesta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica	

<p>28- Considerando o seu número de atendimentos por turno desta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>29- Considerando a sua carga horária de trabalho desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>30- Considerando o conforto como condição de trabalho nesta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>31- Considerando a limpeza do ambiente desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>32- Considerando a qualidade das refeições oferecidas nessa unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>33- Considerando às condições de repouso para os profissionais nesta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>34- Considerando a segurança oferecida nesta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>35- Considerando às condições de trabalho, de forma geral, desta unidade, o sr(a) a qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>36- Considerando o seu grau de satisfação em trabalhar nesta unidade, o sr(a) o qualifica como: (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) Não se aplica</p>	
<p>37- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância o Salário: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>38- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, a Segurança no Trabalho: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>39- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, O prazer no trabalho: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>40- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, a Realização no Trabalho: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>41- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, Realização pessoal: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>42- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, Relacionamento com outros profissionais: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>43- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, Ser útil para sociedade: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>44- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, Ter Reconhecimento: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	
<p>45- Considerando a motivação para o trabalho nesse hospital, classifique por ordem de importância, a Aquisição de experiência: (1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante (5) Extremamente importante</p>	



APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista dos Gestores de Unidades

1) Como o Sr. (a) avalia a qualidade da assistência ao parto prestada nessa unidade?

Acolhimento

Gentileza

Respeito ao direito das usuárias (privacidade, confidencialidade, direito a acompanhante)

Compromisso com a ambiência

Respeito às escolhas informadas

Uso da tecnologia de forma racional apropriada

2) Como o Sr. (a) avalia as condições de trabalho oferecidas na unidade aos profissionais que prestam assistência ao parto?

Conforto

Segurança

Carga horária

Número de profissionais

Limpeza

Disponibilidade de equipamentos e insumos (quantidade e qualidade);

3) De que maneira avalia a motivação e o compromisso dos profissionais com o trabalho nessa unidade?

Trabalho em equipe multiprofissional.

4) Como o Sr. (a) avalia a organização e funcionamento da rede de saúde para prestação da assistência ao parto hospitalar? De que maneira a organização da assistência pelo estado e pela prefeitura influencia no atendimento nessa unidade?

5) Como avalia a regulação estadual no acesso das usuárias à assistência ao parto?

Estrutura; Organização; Processo da regulação

Facilita/dificulta o acesso - acesso por demanda espontânea; acesso regulado

Quando uma usuária chega a essa unidade e não pode ser atendida aqui, como é feita a transferência/encaminhamento à outra unidade da rede de saúde - Tipo de encaminhamento (central de regulação, verbal, telefone) - Transporte para a gestante

- 6) Existe alguma política/ação desenvolvida nesse hospital para inibir/prevenir tratamento 'desumano' às usuárias?**
- 7) O que considera como pontos positivos e negativos na assistência ao parto prestada nessa unidade?**

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista dos Gestores da Assistência à Saúde Municipal e Estadual

1) Como avalia a qualidade da assistência ao parto hospitalar na rede da cidade do Recife?

Acolhimento

Gentileza

Respeito ao direito das usuárias (privacidade, confidencialidade, direito a acompanhante)

Compromisso com a ambiência

Respeito às escolhas informadas

Uso da tecnologia de forma racional apropriada

2) Como avalia a estrutura, organização e distribuição das unidades no território para atendimento à demanda por assistência ao parto na cidade?

Nº unidades hospitalares

Leitos suficientes

Distribuição das unidades no território

Concentração da alta complexidade em Recife

3) Em que medida o fato do município não ter gestão sobre os leitos de suas maternidades interfere no acesso à assistência ao parto pelas gestantes recifenses?

Opinião sobre gestantes recifenses que vão parir em Vitória - o que tem sido feito para mudar essa realidade

O que é feito para garantir acesso das recifenses às maternidades municipais, no risco habitual e alto risco

4) Como avalia a regulação estadual de assistência ao parto?

Estrutura; Organização; Processo da regulação

Sobrecarga nas maternidades municipais

As unidades de baixa complexidade estão realizando os partos de risco habitual?

Organização da rede de referência secundária e terciária para atendimento às gestantes e parturientes de alto risco - encaminhamento para parto de alto risco -

transporte seguro para as mães e neonatos

Formalização dos sistemas de referência e contra-referência na rede

5) De que maneira a rede municipal está organizada para garantir a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto?

Vinculação Pré-natal - parto

6) De que maneira a rede municipal está organizada para minimizar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento no momento do parto?

7) Há uma política direcionada para qualificação dos RH da assistência ao parto?

Capacitação técnica aos profissionais de saúde e funcionários dos serviços para acolhimento e atendimento humanizado no atendimento às usuárias

8) Quais os desafios a serem enfrentados para garantia da qualidade da assistência ao parto nas maternidades do Recife?



APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Usuárias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPACÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA “ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE”

Prezado Usuária do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto, no território da cidade do Recife, segundo a assistência prestada, e a política e organização do sistema de saúde, no ano de 2015, na perspectiva dos atores envolvidos, usuários, profissionais e gestores, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido nas unidades de saúde.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o andamento do seu tratamento;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder ao questionário.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada na rede de saúde no território do Recife.
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Ana Lúcia Andrade da Silva, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 9987-1492 ou através do e-mail: anadasilva78@yahoo.com.br.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Recife, _____ de _____ de 20__.

Ana Lúcia Andrade da Silva

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 20__.

Assinatura da entrevistada



APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA PESQUISA “ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE”

Prezado(a) Profissional Médico(a) do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto, no território da cidade do Recife, segundo a assistência prestada, e a política e organização do sistema de saúde, no ano de 2015, na perspectiva dos atores envolvidos, usuários, profissionais e gestores, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista aos pesquisadores que lhe indagarão sobre sua avaliação sobre as condições de atendimento e trabalho oferecidas nessa maternidade para o bom atendimento à população.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada na rede de saúde no território do Recife.
- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Ana Lúcia Andrade da Silva, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 9987-1492 ou através do e-mail: anadasilva78@yahoo.com.br.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Recife, _____ de _____ de 20__.

Ana Lúcia Andrade da Silva

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPACÃO DOS GESTORES NA PESQUISA “ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE”

Prezado Gestor do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto, no território da cidade do Recife, segundo a assistência prestada, e a política e organização do sistema de saúde, no ano de 2015, na perspectiva dos atores envolvidos, usuários, profissionais e gestores, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista gravada aos pesquisadores que lhe indagarão sobre a organização e política da assistência hospitalar obstétrica e sua avaliação quanto às condições oferecidas por estas unidades para o bom atendimento à população.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada na rede de saúde no território do Recife.

- Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Ana Lúcia Andrade da Silva, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 9987-1492 ou através do e-mail: anadasilva78@yahoo.com.br.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Recife, _____ de _____ de 20____.

Ana Lúcia Andrade da Silva


DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

ANEXO A – Comprovante de Submissão do Artigo 2



SAGAS
 Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
 Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) | [Autor](#) | [Consultor](#) | [Editor](#) | [Mensagens](#) | [Sair](#)

CSP_1751/16

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar na perspectiva das gestantes em uma capital brasileira.
Título corrido	A satisfação das gestantes com a atenção ao parto hospitalar
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Avaliação em Saúde, Satisfação do Usuário, Assistência à Saúde
Fonte de Financiamento	Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância à Saúde, Edital 20/2013
Autores	ANA LUCIA ANDRADE DA SILVA (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE) ANTONIO DA CRUZ GOUVEIA MENDES (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE) GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE) WAYNER VIEIRA DE SOUZA (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação.		Artigo enviado em 10 de Outubro de 2016.

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2016

ANEXO B – Comprovante de Submissão do Artigo 3



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Saúde Educação Ciência
Cultura Tecnologia
Ciência Trabalho Saúde

SistemaManuscritosHabilitar perfil de PareceristaDados PessoaisInstruções aos AutoresAlterar Senha


Manuscritos Aceitos e em Avaliação

Código	Título	Data da Submissão	Ver
0605.2016	Condições e motivações para o trabalho dos profissionais da rede pública de atenção ao parto na cidade do Recife.	27/10/2016	

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ANEXO C – Comprovante de Submissão do Artigo 4

ScholarOne Manuscripts™ Ana Lúcia Silva ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 **SciELO** Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#) [Author](#)

[Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2016-3003
Title	Qualidade da assistência ao parto na perspectiva dos atores envolvidos: um estudo por triangulação de métodos.
Authors	Silva, Ana Lúcia Mendes, Antonio Miranda, Gabriella
Date Submitted	28-Oct-2016

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



Título do Projeto: “Avaliação da qualidade da assistência ao parto: o caso da Região Metropolitana do Recife”.

Pesquisador responsável: Antonio da Cruz Gouveia Mendes.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 06/02/2013

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 10/13

Registro no CAAE: 13161113.7.0000.5190

PARECER Nº 09/2013

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 06 de março de 2016.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 06 de março de 2013.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 06/03/2014.

ANEXO E – Carta de Anuência das Maternidades Municipais



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Ana Lúcia Andrade da Silva** doutoranda em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz/PE, a desenvolver pesquisa na Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, Maternidade Professor Bandeira Filho e Policlínica e Maternidade Professor Arnaldo Marques da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Assistência hospitalar ao parto: o caso da cidade do Recife.", sendo orientada por Antonio da Cruz Gouveia Mendes.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:


- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 28 de janeiro de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matriculo nº 99.986-8

ANEXO F – Carta de Anuência do Hospital Agamenon Magalhães

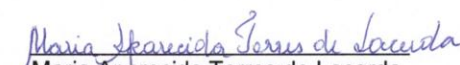
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

Divisão do Centro de Estudos

Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE"**, que tem como objetivo: Avaliar a assistência ao parto, na rede pública hospitalar da cidade do Recife. Os dados serão coletados através de entrevista junto as usuárias, profissionais de saúde e gestores do Hospital, pela aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/MS), Ana Lucia Andrade da Silva, tendo como orientador Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes. Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que seja mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 05 de março de 2015.


Maria Aparecida Torres de Lacerda.
Gerente do Centro de Estudos do
Hospital Agamenon Magalhães

Maria Aparecida T. Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Mat. 191978

ANEXO G – Carta de Anuência do Hospital Barão de Lucena



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 07 de maio de 2015

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: “**ASSISTENCIA HOSPITALAR AO PARTO: O CASO DA CIDADE DO RECIFE**”, pela aluna do Programa de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM, **Ana Lúcia Andrade da Silva** nas dependências do Hospital Barão de Lucena e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação em Saúde

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO H – Carta de Anuência do CISAM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Luiza Menezes

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "**Assistência Hospitalar ao Parto: o Caso da Cidade do Recife**", a ser realizado no CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS, por Ana Lúcia Andrade da Silva, sob orientação do PROF(a). Antonio da Cruz Gouveia Mendes, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Caracterizar o perfil das usuárias da rede, na cidade do Recife; avaliar a assistência recebida no pré-natal, parto e pós-parto, pelas usuárias, nas unidades; analisar as condições de assistência e trabalho nas unidades, segundo os profissionais obstetras e neonatologistas; analisar a percepção dos gestores sobre a organização e política da assistência hospitalar obstétrica; realizar uma avaliação síntese da qualidade da atenção ao parto, no sistema público de saúde, da cidade do Recife, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos na instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

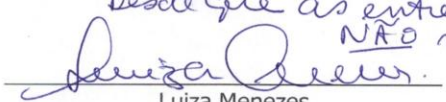
Recife, 23 de março de 2015.



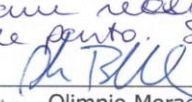
Ana Lúcia Andrade da Silva

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Desde que as entrevistas sejam realizadas NAO na sala de parto. Suflino abordar Dr. Bill profissionais no quarto (sala de reunião)



Luiza Menezes
Diretora Médica
CISAM/PE
Prof.ª Maria Luiza Bezerra Menezes
Superintendência Médica
CRM 8576/PE - Mat. 070270



Olimpio Moraes
Diretor Executivo
CISAM/PE
Prof. Olimpio Barbosa de Moraes Filho
Gestor Executivo
CRM/PE 8539 - Mat. 9

ANEXO I – Carta de Anuência do IMIP

Instituto de Medicina Integral
 Prof. Fernando Figueira
 Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
 Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Recife, 08 de janeiro de 2015.

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Ana Lúcia Andrade da Silva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **“Assistência ao parto hospitalar: o caso da cidade do Recife”**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes cujo objetivo é avaliar a assistência obstétrica no pré-natal, parto e pós-parto, através da aplicação de questionários às usuárias e aos profissionais ginecologistas obstetras e neonatologistas que assistem nas salas de parto, no setor de obstetrícia deste hospital.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 02/03/15

Adriana Scavuzzi
 Coordenadora CAM-IMIP
 CRM: 12.151

Dr^a Adriana Scavuzzi
 Coordenadora do Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
 UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
 UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1
 INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
 CNPJ: 10.988.501/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
 Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
 PABX: (81) 2122.4100
 Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
 e-mail: imip@imip.org.br
 www.imip.org.br

ANEXO J – Carta de Anuência do HC

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Ana Lúcia Andrade da Silva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **“Assistência ao parto hospitalar: o caso da cidade do Recife”**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes cujo objetivo é avaliar a assistência obstétrica no pré-natal, parto e pós-parto, através da aplicação de questionários às usuárias e aos profissionais ginecologistas obstetras e neonatologistas que assistem nas salas de parto, no setor de obstetria deste hospital.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 02/03/2015

Dr.^a Antonio Carlos Barbosa Lima
Chefe do Setor de Obstetria – HC/PE

Antônio Carlos F. Barbosa Lima
Chefe do Serviço de Obstetria
CREMEPE: 4565 / SIAPE: 1130988