

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES – IAM
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Isabella Macedo de Freitas Oliveira

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PARTURIENTES COM A
ASSISTÊNCIA AO PARTO NO HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA:
UNIDADE DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

RECIFE

2020

Isabella Macedo de Freitas Oliveira

**Avaliação da satisfação das parturientes com a assistência ao parto no Hospital
João Murilo De Oliveira: unidade de referência no interior do estado de
Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Coorientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva

Recife

2020

ISABELLA MACEDO DE FREITAS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PARTURIENTES COM A
ASSISTÊNCIA AO PARTO NO HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA:
UNIDADE DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovação: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profª. Dra Gabriella Morais Duarte Miranda
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profª. Dra Livia Teixeira de Souza Maia
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE/CAV

**A Deus, por permitir e abençoar mais uma vitória em
minha vida.**

**A Josiane, minha mãe, Diego, meu marido, Gabriela,
Marcela e Vitória, minhas irmãs pelo amor incondicional
e apoio de sempre.**

**Tarsila e Maria Elisa, minhas sobrinhas, que me alegram
pelo simples fato de existir.**

**A Antônio Mendes, meu orientador, por todo
ensinamento.**

**À Ana Lúcia, minha incrível coorientadora, presente em
TODOS os momentos.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, por possibilitar e abençoar cada fase da minha vida, por abrir “portas” que me permitem tanto crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, por todo amor e incentivo. A minha mãe por investir em mim o possível e impossível, por valorizar tanto meu aprendizado e vida profissional.

Ao meu marido por acreditar em mim, quando eu mesmo não acreditei e por muitas vezes entender minha ausência.

Minhas irmãs, por todo amor, companheirismo e ajuda. Vocês me inspiraram a ser sempre melhor!

Minhas sobrinhas, que me transmitem tanto amor e alegria.

À Antônio Mendes, por se demonstrar um profissional exemplar.

À Ana Lúcia, minha indescritível, impecável e maravilhosa coorientadora. Agradeço pela presença, apoio e compressão. A senhora foi minha fonte de segurança e inspiração.

Aos meus amigos e amigas por todo afeto.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, onde fui tão bem acolhida para realizar essa dissertação, onde conheci incríveis professores e colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública 2018-2020.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram na construção, execução e conclusão deste trabalho.

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

OLIVEIRA, Isabella Macedo de Freitas. **Avaliação da satisfação das parturientes com a assistência ao parto no Hospital João Murilo De Oliveira: unidade de referência no interior do estado de Pernambuco.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

Introdução: O modelo de humanização da atenção ao parto no SUS já instituído por programas e políticas públicas, há décadas, busca consolidar a qualidade da assistência obstétrica, entretanto o modelo tecnocrático ainda não foi superado no Brasil, com intervenções desnecessárias e taxas de mortalidade materna elevadas. **Objetivo:** Avaliar a satisfação das parturientes com a assistência ao parto no HJMO, Vitória de Santo Antão/PE. **Método:** Foi desenvolvido um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A avaliação se deu a partir de uma amostra de 300 usuárias e da realização de observação sistemática. A pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas: descrição do perfil das usuárias atendidas na unidade; avaliação da assistência recebida, na perspectiva das usuárias; caracterização da capacidade instalada e condições de atendimento. O banco de dados foi elaborado utilizando os programas Epi-info 6.04 e Excel. Para a análise de dados foi utilizado o SPSS 22.0. **Resultados:** Dentre as usuárias identificou-se que a maioria era parda, renda mensal de até um salário mínimo, que realizaram pré-natal (UBS), sete ou mais consultas e gestação de baixo risco. As puérperas avaliaram a satisfação como boa, mesmo havendo peregrinação na busca por atendimento no momento do parto, puérperas que percorreram mais de 40 km para chegar à unidade, além de não receberem auxílio transporte e sofrer violência obstétrica. A qualidade foi satisfatória no Acolhimento, Respeito ao Direito da usuária e Assistência obstétrica e insatisfatória no Acesso e nas condições de atendimento. **Conclusão:** Os achados apresentados neste estudo referentes a avaliação da satisfação das parturientes com a assistência ao parto, chamam atenção por grandes resultados positivos, mas também para a necessidade de reorientação do atendimento em alguns aspectos, para que atendam de forma satisfatória as orientações instituídas por todas as políticas e programas de humanização ao parto e nascimento.

Palavras-Chave: Avaliação da qualidade; Assistência ao parto, Satisfação do Usuário.

OLIVEIRA, Isabella Macedo de Freitas. **Avaliação da satisfação das parturientes com a assistência ao parto no Hospital João Murilo De Oliveira: unidade de referência no interior do estado de Pernambuco.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

Introduction: The humanization model of childbirth care in the SUS, which had been instituted by public programs and policies for decades, seeks to consolidate the quality of obstetric care, however the technocratic model has not yet been overcome in Brazil, with unnecessary interventions and high maternal mortality rates. **Objective:** To assess the satisfaction of parturients with childbirth assistance at HJMO, Vitória de Santo Antão/PE. **Method:** A descriptive study was developed, with a quantitative approach. The evaluation took place from a sample of 300 users and systematic observation. The research was carried out in the following steps: description of the profile of the users attended at the unit; evaluation of the assistance received, from the users' perspective; characterization of installed capacity and service conditions. The database was created using the Epi-info 6.04 and Excel programs. For data analysis, SPSS 22.0 was used. **Results:** Among the users, it was identified that the majority were mixed race, monthly income of up to one minimum wage, who underwent prenatal care (UBS), seven or more consultations and low-risk pregnancies. The mothers evaluated the satisfaction as good, even though there was a pilgrimage in the search for care at the time of delivery, mothers who traveled more than 40 km to reach the unit, in addition to not receiving transport assistance and suffering obstetric violence. The quality was satisfactory in the Reception, Respect for the right of the user and obstetric assistance and unsatisfactory in the Access and in the conditions of service. **Conclusion:** The findings presented in this study referring to the assessment of the parturients' satisfaction with childbirth assistance, call attention for great positive results, but also for the need to reorient the care in some aspects, so that they satisfactorily meet the guidelines established by all policies and programs for humanizing childbirth and birth.

Keywords: Quality assessment; Delivery assistance, User Satisfaction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dimensões da Avaliação da Qualidade da Assistência Obstétrica da Maternidade do HJMO, 2019.....	32
Quadro 2 - Descrição das etapas do estudo, segundo os instrumentos a serem utilizados e sujeitos informantes.....	33
Quadro 3 - Matriz de julgamento da avaliação da qualidade da Assistência Obstétrica da Maternidade do HJMO	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos partos de alto risco, segundo unidades, da rede pública do estado de Pernambuco, 2001 a 2018.....	30
Tabela 2 -	Perfil Sócio demográfico das gestantes que realizaram parto no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2019.....	37
Tabela 3 -	Caracterização da assistência Pré-natal, segundo as puérperas atendidas no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão-PE, 2019.....	38
Tabela 4 -	Caracterização do pré-parto das usuárias atendidas no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019.....	39
Tabela 5 -	Caracterização do parto e pós-parto imediato das usuárias internadas no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019.....	41
Tabela 6 -	Satisfação das puérperas com atendimento, durante internação no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019.....	43
Tabela 7 -	Avaliação das dimensões da Qualidade da Assistência.....	45
Tabela 8 -	Avaliação das categorias das dimensões da Qualidade da Assistência.....	46
Tabela 9 -	Capacidade instalada no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019.....	47
Tabela 10 -	Avaliação das dimensões da Qualidade da Assistência da Observação Sistemática.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CPqAM: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CPN: centros de parto normais

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

HIV: Imunodeficiência humana

MM: Mortalidade materna

MS: Ministério da Saúde

ODM: Objetivo do Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-americana da Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher

PHPN: Programa de Humanização do pré-natal e nascimento

PNHPN: Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento

PROADESS: Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Caracterização do Problema	14
1.2 Referencial Teórico	16
1.2.1 A humanização da assistência ao parto no SUS	16
1.2.2 Violência institucional na assistência ao parto	20
1.2.3 Mortalidade materna	21
1.2.4 Avaliação da qualidade da Atenção à Saúde	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 MÉTODO	29
3.1 Desenho do estudo	29
3.2 Local e Período do Estudo	29
3.3 População e Amostra do Estudo	30
3.3.1 <i>Crterios de Inclusão</i>	30
3.3.2 <i>Crterios de Exclusão</i>	30
3.4 Coleta dos Dados	30
3.5 Matriz teórico-metodológico	31
3.6 Os Instrumentos	32
3.7 Processamento e análise dos dados	33
3.8 Considerações éticas	34
4 RESULTADOS	36
5 DISCUSSÃO	49

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	55
REFERÊNCIAS -----	57
APÊNDICE A- MATRIZ TEÓRICO METODOLÓGICA -----	63
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DAS USUÁRIAS -----	67
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA -----	71
APÊNDICE D – TCLE DAS USUÁRIAS -----	73
APÊNDICE E – TALE (Para crianças e adolescentes) -----	74
APÊNDICE F – TCLE RESPONSÁVEL -----	75
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- Fiocruz/Cpqam ----	76

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Problema

O parto, momento marcante e único na vida da mulher, é considerado como uma experiência repleta de significados construídos a partir da singularidade e cultura de cada parturiente. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento cercado de valores sociais, emocionais e afetivos. O paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (DOMINGUES, 2004; NAGAHAMA, 2008; SILVA, 2017a).

Há décadas, foi instituído o modelo de humanização da atenção ao parto no SUS, com a implantação de sucessivas políticas e programas, buscando consolidar a qualidade da assistência dispensada às mulheres e recém-nascidos. O Ministério da Saúde busca organizar e qualificar os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério, em todo o território nacional, proporcionando às mulheres bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, bem como a redução da mortalidade materna e neonatal (CARNEIRO, 2013; PORTELLA, 2014; SANTOS, 2015).

Apesar disso, identifica-se nas maternidades do sistema público de saúde, práticas e condições prejudiciais à saúde das gestantes e seus recém-nascidos, tais como: peregrinação em busca de atendimento no momento do parto, elevados percentuais de cesarianas, partos prematuros, violência obstétrica, não garantia de direitos como auxílio transporte e acompanhante de livre escolha, e, ambiência precária nas unidades, demonstrando que o modelo tecnocrático, ou paradigma hegemônico, da assistência obstétrica ainda não foi superado no atendimento às gestantes nos serviços de saúde no SUS (PONTES, 2014; DE CARVALHO, 2015; ZANARDO, 2017).

Estudos que avaliaram a atenção obstétrica nas maternidades da rede pública em Recife, capital do estado de Pernambuco, relatam situação similar ao que ocorre em nível nacional. Identificou-se qualidade insatisfatória da assistência pré-natal, problemas na estrutura das maternidades, na organização da assistência obstétrica, intensa concentração de unidades de referência na capital, não garantia de acesso oportuno ao atendimento do parto (PINHEIRO, 2014; SILVA, 2017b; SILVA, 2018c).

Sabendo-se que em Pernambuco, a rede de Assistência Obstétrica de Alto Risco é composta por oito unidades de Referência Regional, sendo cinco localizadas na capital e três no interior do estado, e que a maioria dos estudos ocuparam-se da análise das unidades em Recife, a realização desse estudo visou avaliar a satisfação das parturientes com a assistência ao parto em uma unidade de referência no interior do estado de Pernambuco, identificando suas fragilidades e potencialidades, afim de reorientar boas práticas e contribuir para aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde voltadas para às gestantes.

Diante da problemática que envolve a inadequação da assistência ao parto, acredita-se que é relevante conhecer como se caracteriza a qualidade da assistência prestada no hospital João Murilo de Oliveira no atendimento do parto hospitalar, pautados nos normativos existentes.

1.2 Referencial Teórico

1.2.1 A humanização da assistência ao parto no SUS

O parto no Brasil por muito tempo foi considerado uma atividade eminentemente feminina, sendo exercido por curandeiras ou parteiras, só redirecionado ao exercício médico em momentos de intercorrência obstétrica. A arte de partejar acontecia de forma natural em ambiente privado e domiciliar, onde a presença masculina não era bem vista, por motivos que envolviam privacidade da intimidade feminina. Os primeiros leitos obstétricos surgiram em 1880, e após 10 anos fundou-se a primeira maternidade, em São Paulo. A partir do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial ocorreu um grande avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, dessa forma, o parto passa a ser de domínio médico, ocupando espaço institucionalizado e público, e tornando a mulher submissa a procedimentos vistos como “científicos” (PINHEIRO, 2012; SANTOS, 2015).

No ano de 1984, reconhecendo a elevada taxa de mortalidade materna, o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde definiu o dia 28 de maio como *Dia Internacional de Luta contra a Morte Materna/Ação pela Saúde da Mulher*. No contexto da medicalização do parto e desapropriação do papel principal da mulher, surge a necessidade da implementação de políticas e programas incentivadores do parto humanizado. Em 1985, uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseados em dados científicos (DE CARVALHO, 2015).

Após debater evidências encontradas, em 1996 foi publicado o guia para a atenção ao parto normal, onde as práticas relacionadas à atenção ao parto foram classificadas em 4 categorias: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e, Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de cuidado foi e é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal (DE CARVALHO, 2015).

Em 2000, com o propósito de combater a pobreza e melhorar as condições de vida da população, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito metas do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo a redução de 75% da mortalidade materna até 2015 eleita como uma das metas. Segundo a ONU, alguns países conseguiram reduzir a taxa de mortalidade materna, como por exemplo, Peru reduziu 64%, Honduras 61%, Guatemala 49%, Equador 44% e Brasil 43%, porém estes países ainda estão longe de alcançar a meta de redução de mortalidade estabelecida (MARTINS, 2006; SILVA, 2018a; SILVA, 2018b).

A humanização, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e envolve o dever dos serviços de saúde em prestar assistência digna à mulher e ao recém-nascido. Tal condição exige a organização de um ambiente acolhedor, abolindo o tradicional isolamento imposto à mulher, o que demanda atitude ética e solidária dos profissionais de saúde. A adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento também é fundamental para a promoção do respeito, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, através da utilização de condutas baseadas em evidências científicas, tendo como princípio norteador a busca de mulheres e bebês saudáveis e seguros (NAGAHAMA, 2008; MATOS et al, 2013; SILVA, 2017a).

O Programa de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), instituído pela portaria no 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde visa a humanização como garantia de melhoria da qualidade da assistência obstétrica, e surge pela necessidade de aprimorar o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), já que esse não obteve sucesso significativo na redução da taxa de mortalidade materna e na segurança da qualidade da assistência prestada à mulher. O PAISM, na sua forma mais abrangente preconizava assistir às necessidades globais de saúde da mulher, nos aspectos clínico-ginecológicos e educativos (GONÇALVES, 2008; SANTOS, 2015)

A Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN), além de formular estratégias comprometidas com a humanização nos serviços de saúde, visa devolver o protagonismo da mulher em forma de lei, como é o caso da Lei Federal no. 11.108, de 2005, que permite à mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2002; SANTOS, 2015).

A essência da humanização, abordada no PHPN, surge com acompanhamento digno as mulheres, familiares desde o pré-natal, nas unidades de saúde, até o parto e puerpério. O foco é o resgate da mulher como protagonista, bem como a garantia de que

os procedimentos serão utilizados de forma a prevenir intercorrências, sem qualquer tipo de violência e de forma segura (BRASIL, 2002; SANTOS, 2015).

Dessa forma, a Política de Humanização é marco de referência para práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades, porém para que seus objetivos sejam alcançados ainda existe a necessidade da mudança da conduta ética dos profissionais de saúde brasileiros e das organizações institucionais. A produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, através do HumanizaSUS, deve envolver a comunicação entre atores do SUS: os trabalhadores profissionais de saúde, os usuários, os gestores, e não menos importante o ambiente e a estrutura hospitalar. Neste caso, a relação entre a mulher e o profissional de saúde é peça fundamental, visto que o bom relacionamento interpessoal é ferramenta estratégica para a qualidade da assistência prestada (SANTOS, 2015; DE SOUSA LIMA, 2018).

O Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde, estratégia para a consolidação SUS em 2006, teve como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, possuindo como visão garantir o direito das gestantes ao acesso com qualidade e dignidade na atenção à gestação, parto e puerpério. Neste ano, também foi aprovado, pela Comissão Intergestores Tripartite, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e, em 75%, até 2015 (SANTOS, 2015; SILVA, 2018a).

Identificada a desigualdade de atendimento de saúde materno-infantil entre as regiões do Estado, indicada pelos coeficientes de mortalidade infantil e materna, foi implantado O Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP), instituído no estado por meio do Decreto 30.859/2007, o qual tornou-se política pública no Estado pela Lei no. 13.959, em 15 de dezembro de 2009; com o objetivo de garantir a atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde e de seus filhos, até 5 anos de idade (CABRAL, 2016; MOURA, 2016).

O PMCP tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, por meio do cuidado da gestante e da criança por meio da articulação com a rede de saúde existente no município. Há investimento em equipamentos para utilização nas maternidades municipais e a capacitação para profissionais de saúde dos municípios, parto humanizado, aleitamento materno, segurança alimentar e nutricional, além do incentivo a investigação do óbito materno, fetal e infantil (CABRAL, 2016).

Devido a permanência de altas taxas a mortalidade materna e neonatal, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país, a adoção de modelo de medicalização do

nascimento, o uso de tecnologias e intervenções indiscriminadas, a Rede Cegonha foi regulamentada pela portaria no 1459 de 24 de junho de 2011. Essa iniciativa do governo federal propõe atenção a saúde da mulher e da criança, focada na qualidade da assistência ao parto e nascimento, além do acompanhamento e desenvolvimento da criança. Dessa forma, visa garantir que a mulher será assistida durante todo o processo de gestação, parto e puerpério, promovendo um acompanhamento mais seguro e eficaz durante estas fases (SANTOS, 2015).

O programa é organizado em quatro componentes: atenção ao pré-natal; atenção ao parto e nascimento; cuidados no período puerperal e atendimento integral à saúde da criança; logística da sistematização, regulação adequada e garantia de transporte sanitário. E cinco diretrizes principais: segurança de traslado das gestantes a unidade de saúde da família; formação de vínculos da USF com as usuárias; implementação de práticas humanizadas que transmitam segurança durante o parto; garantia da assistência à saúde das crianças de zero a dois anos de idade com medidas resolutivas e viáveis; e a garantia de acesso ao planejamento familiar. Assim, a iniciativa procura melhorar o acesso e a qualidade do atendimento, devendo garantir também a realização de no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gestação, a realização de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis, mais a frente a garantia de leito e a vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público (CARNEIRO, 2013; SANTOS, 2015).

Apesar de todas as iniciativas, vinculadas a programas e políticas públicas, os percalços do processo de humanização do parto persistem até hoje no Brasil, com intervenções desnecessárias e taxas de mortalidade materna elevadas. Estudos mostram que o modelo assistencial que ainda predomina em nosso país é o tecnocrático, por muitas vezes relacionado à qualidade do trabalho realizado, onde existe desmotivação advindos dos profissionais de saúde devido a baixas remunerações e sobrecarga, além de infraestrutura inapropriada, e a escassez de recursos financeiros. Dessa forma, a OMS estimou que, em 2013, aproximadamente 289.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério, com uma taxa de mortalidade global de 210 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos (DE CARVALHO, 2015; SANTOS, 2015).

1.2.2 Violência institucional na assistência ao parto

Apesar da constante batalha, através das políticas e programas, e dos avanços já alcançados, ainda há na atualidade relatos de falta de respeito a mulher durante o parto em instituições de saúde. Pesquisas científicas demonstram o impacto da violência obstétrica na baixa qualidade do cuidado no período gravídico-puerperal para mulheres e crianças. A violência institucional no parto é reconhecida como maus-tratos e desrespeito, emprego de procedimento, condutas e rotinas prejudiciais ou sem evidências científicas durante o atendimento de mulheres em serviços de atenção ao parto, dessa forma, esse termo atende ao abuso obstétrico, crueldade no parto, assistência desumanizada (DE SOUSA LIMA, 2018; MARRERO, 2018).

Inserida no cotidiano do trabalho hospitalar, violência institucional, refere-se a qualquer ato relacionado ao sofrimento psicológico, físico e moral. A violência contra a mulher nasce a partir do momento que suas necessidades básicas deixam de ser atendidas e aplica-se o uso de qualquer tipo de procedimento desnecessário ou até indesejável, visando acelerar os processos biológicos do parto. A violência obstétrica é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher a no Brasil, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento (DE SOUSA LIMA, 2018; LANSKY, 2019).

É indispensável que a mulher participe totalmente de todo o processo parturiente, sendo informada dos seus direitos à saúde durante o ciclo gravídico puerperal. A falta de informação e/ou informação equivocada cooperam para que a gestante desconheça os seus amparos. A solidão da mulher, sem seu direito a acompanhante no pré parto, parto e pós sendo garantido, as interferências na fisiologia do trabalho de parto, a falta de privacidade e o controle profissional e institucional sobre o processo de parir tem sido considerado como fatores contribuintes para o excesso de cesarianas no Brasil. Assim, na perspectiva das mulheres, a cesariana se tornou uma alternativa à violência ou maus tratos durante o parto (FERRARI, 2016; LANSKY, 2019).

Estudos colocam o Brasil entre os países com maior proporção de cesárea, representado por 52% do total de nascimentos no país. Nos serviços privados esse percentual chega a atingir 88%, nos posicionando muito longe da taxa apresentada há décadas como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS): 10 a 15%. O exagero de cesárea constata que parcela significativa dessas são realizadas antes do início do trabalho de parto, previamente agendadas, mesmo em gestantes de baixo risco e sem indicação aceitável. A operação cesariana está associada à maior predisposição materna a

intercorrências como hemorragias, infecções e possibilidade de laceração acidental de alguns órgãos internos, resultando em risco elevado de morbimortalidade materna. Em médio e longo prazo, há associação entre cesárea e desmame precoce, além dos desvios do crescimento infantil (FERRARI, 2016).

1.2.3 Mortalidade materna

O óbito de uma mulher devido a qualquer causa relacionada a agravos gestacionais ocorrido durante uma gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da localização ou da duração da gravidez, é considerado como mortalidade materna (MM). Configurada como um problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde (MS) a MM é vista como violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo a população segundo classe social, idade, níveis de renda, escolaridade e raça (MARTINS, 2006; SIERRA MARTINS, 2018).

A razão de mortalidade materna é um importante indicador de saúde, mais especificamente de acesso à atenção obstétrica, sensível as condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, ou seja, a MM é influenciada diretamente pelo nível de desenvolvimento econômico, cultural e tecnológico de um país, e através dela registram-se grandes disparidades entre regiões e países. Portanto, a MM pode ser compreendida a partir de três vertentes, além de indicador de saúde, capaz de avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços, também pode mensurador do nível de desenvolvimento social, demonstrando as condições de vida da população (SILVA, 2018a; SILVA, 2018b).

No Brasil, os estudos realizados a partir dos indicadores do reflexo da qualidade da assistência prestada à saúde da mulher apontam que: o país que apresenta elevadas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, possui falhas na assistência ao parto e na atenção ao pré-natal. Demonstrando assim a relação entre desfechos negativos e a falha na assistência dispensada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (SILVA, 2018a).

1.2.4 Avaliação da qualidade da Atenção à Saúde

A avaliação dos serviços é essencial para o monitoramento, identificação e solução dos problemas e reavaliação de todo o seu planejamento. É preciso consolidar e implementar a cultura de avaliação nos sistemas de saúde, qualificando a tomada de

decisão e os serviços e cuidados prestados à população (CONTANDRIOPOULOS, 2006; SOUZA, 2009).

Avaliar, palavra de origem latina, significa medir a partir de padrões quantificáveis e em grego, traz a ideia de produção de juízos de valores, ligada a medidas qualitativas. Assim, avaliar é uma atividade que consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação (DE ARAÚJO HART, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006; SOUZA, 2009).

A avaliação pode ser classificada em pesquisa avaliativa, quando se elabora com base em procedimento científico; e em avaliação normativa quando o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, comparando os recursos empregados e sua organização, os serviços ou os bens produzidos, e os resultados obtidos, com critérios e normas pré-determinados. No cenário da avaliação em saúde, a qualidade é vista como a assistência ideal, ou seja, a assistência capaz de proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar (DE ARAÚJO HART, 1997; SOUZA, 2009).

O conceito de qualidade em serviços de saúde ultrapassou o enfoque meramente técnico, buscando-se satisfazer os interesses e demandas dos prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que os utilizam. A qualidade é determinada por inúmeras causas que as delimita, como: 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) (DONABEDIAN, 2003; SILVA, 2016).

Avedis Donabedian (1980) 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, marcando as abordagens da qualidade no setor da saúde e ficando conhecido como impulsionador do movimento moderno da avaliação da qualidade em saúde. A qualidade dos cuidados prestados é influenciada pelo contexto onde são prestados (estrutura), pela forma como são prestados os cuidados (processo) e pelas mudanças que os cuidados provocam nas pessoas (resultado) (SANTOS, 2018; SANTIAGO, 2013).

A estrutura corresponde aos fatores que comprometem a conjuntura em que os cuidados são realizados, abrangem desde as instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, bem como características organizacionais, formação e pagamento aos colaboradores. Este é o princípio de Donabedian com maior facilidade de observação e mensuração, e pode ser a causa de vários problemas identificados no processo (SANTOS, 2018).

O processo refere-se as ações que abrangem os cuidados de saúde, zelo que os profissionais e outros provedores de saúde dispensam aos pacientes. Incluem diagnóstico, tratamento, reabilitação, educação, cuidados preventivos e educação para a saúde, além da inclusão de ações adotadas pelos doentes ou pelos seus familiares. As informações sobre o processo podem ser obtidas de registos, entrevistas com doentes e profissionais, ou em observações direta e é responsável por tratar de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (DONABEDIAN, 1990; CONTANDRIOPOULOS, 1997; SANTOS, 2018).

O resultado narra os efeitos dos cuidados de saúde para os pacientes, onde as alterações no estado de saúde são atribuídas à atenção sob avaliação, incluindo comportamento, conhecimento sobre a enfermidade, bem como satisfação do doente e a qualidade de vida. Os resultados são por vezes vistos como os mais importantes indicadores de qualidade, porque a melhora do doente é o principal objetivo dos cuidados de saúde. Com isto, torna-se possível verificar se os resultados observados correspondem aos esperados (MALTA, 2001; SANTOS, 2018).

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:

1. Eficácia, cuidado ideal contribuindo para a melhoria das condições de saúde;
2. Efetividade, efeito real num sistema operacional;
3. Eficiência, máxima melhoria possível nas condições de saúde obtida ao menor custo possível;
4. Otimização, cuidado efetivo obtido através da relação custo-benefício mais favorável;
5. Aceitabilidade, fornecimento de serviços de acordo as expectativas dos usuários (acessibilidade, relação médico paciente, amenidades, efeitos e custo do cuidado prestado);

6. Legitimidade, relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo, e;
7. Equidade, justiça social, propõe a distribuição do cuidado e seus efeitos de acordo com as necessidades da população (SILVA, 2016; SAVASSI, 2012).

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 (PROADESS). O PROADESS vem sendo desenvolvido no país 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).

Para avaliação do desempenho dos serviços de saúde o PROADESS 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:

1. Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
2. Acesso: capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
3. Eficiência: relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
4. 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;
5. Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
6. Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
7. Adequação: grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;

8. Segurança: capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais (SILVA, 2016).

A avaliação deve, portanto, servir de suporte ao processo de tomada de decisão, como um meio para se identificar problemas, encontrar e propor soluções visando a utilização racional dos recursos, à ideia de eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde. A avaliação em saúde é de extrema relevância para Saúde Pública, já que viabiliza escolhas de planejamento e permite um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade, onde a qualidade pode ser considerada o aspecto central da avaliação. Dessa forma, é necessário quebrar as barreiras entre a academia e o serviço, e de fato contribuir para a avaliação ser atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão (SANTIAGO, 2013; SOUZA, 2009).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a satisfação das parturientes com a assistência ao parto no Hospital João Murilo De Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil das puérperas assistidas no Hospital de referência João Murilo de Oliveira;
- b) Avaliar assistência recebida durante o atendimento na unidade, na perspectiva das usuárias;
- c) Caracterizar a capacidade instalada e condições de atendimento no parto e pós-parto imediato da maternidade.

Método

3 MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo descritivo utilizando-se a abordagem quantitativa para avaliar a qualidade da assistência obstétrica, a partir da caracterização do perfil das usuárias, a assistência recebida, as condições da ambiência, a caracterização da capacidade instalada da unidade e o atendimento da unidade.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar as condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, fazendo uso de dados secundários e/ou primários (LIMA-COSTA, 2003). Partindo da observação de um fenômeno, possibilitam o seu delineamento, caracterização, aproximação, sugerindo hipóteses e o relato de fatores e aspectos que o compõem (ARAGÃO, 2013).

O desenvolvimento de pesquisas descritivas permite avaliar o nível de atendimento das políticas públicas ou identificar a distribuição de um evento na população em termos quantitativos, com rapidez e gastos reduzidos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

3.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido, no ano de 2019, no Hospital João Murilo de Oliveira (HJMO), localizado na cidade de Vitória de Santo Antão à 55 km da Capital, no interior do estado de Pernambuco. Integra a Zona da Mata Sul, com área territorial de 335,941 km², e população de 137.915 habitantes (IBGE, 2018).

O HJMO constitui-se uma importante referência da rede pública de atenção à saúde no estado, sobretudo para a população residente do interior. São realizados aproximadamente, cerca de 10 mil atendimentos na urgência e emergência, em especialidades como clínica médica, pediatria, obstetrícia, traumatologia e cirurgia. Sendo a maioria dos pacientes munícipes de Vitória de Santo Antão; Moreno; Glória do Goitá; Pombos; Chã de Alegria; Cabo de Santo Agostinho; Escada (PERNAMBUCO, 2019).

Inserida no Plano de Assistência Obstétrica de Alto Risco da Secretaria Estadual de Saúde em 2012, a maternidade do HJMO, onde são realizados cerca de 2.900 partos ao ano, constitui-se, a partir de 2015 como *Maternidade de Referência da Região Metropolitana Oeste* para o parto de alto risco, demonstrando sua importância no atendimento às gestantes residentes no interior de Pernambuco nessa rede de atenção (tabela 1) (PERNAMBUCO, 2019; BRASIL, 2019).

Tabela 1 – Distribuição dos partos de alto risco, segundo unidades, da rede pública do estado de Pernambuco, 2001 a 2018.

ESTABELECIMENTO	PARTOS DE ALTO RISCO (n)							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CISAM	170	1.315	1	2.692	3.501	3.443	3.511	3.137
Hospital Agamenon Magalhaes	615	3.887	3.994	3.618	3.368	3.577	4.017	3.687
Hospital Barao de Lucena	181	3.656	3.511	3.273	4.071	3.620	3.855	3.738
Hospital das Clinicas	131	1.918	1.954	1.652	1.857	2.223	2.179	1.836
Hospital Dom Malan	155	3.724	3.862	3.415	3.755	3.557	3.641	3.888
Hospital Jesus Nazareno	44	1.858	3.659	3.376	3.613	3.166	2.839	2.533
Hospital João Murilo	-	-	-	-	33	435	1.210	1.056
IMIP	282	6.417	6.133	5.745	5.545	4.887	5.346	5.654

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/Ministério da Saúde, 2019.

3.3 População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi composta por uma amostra representativa das gestantes que realizam parto no Hospital João Murilo de Oliveira. O calculo da amostra, foi estimado considerando o total do número 1.000 de partos realizado no quadrimestre na unidade, período em foi será realizada a coleta dos dados. Considerando a proporção de usuários nordestinos satisfeitos com a assistência recebida no SUS (GOUVEIA, 2009), definiu-se a expectativa de 60% de satisfação das usuárias, um erro de 5%, e perda de 10%, resultando um N (amostra) de 300 usuárias.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo, todas as puérperas, independentes da idade, internadas durante o pós-parto imediato no Hospital João Murilo de Oliveira, no quadrimestre de coleta dos dados do presente estudo, que aceitaram participar da pesquisa.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Puérperas que não estavam em condições físicas ou psicológicas no momento da entrevista, ou se negaram a participar do estudo.

3.4 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada no último quadrimestre do ano de 2019, entre setembro e dezembro, em duas etapas: escuta às usuárias e realização da observação sistemática. Para a aplicação dos questionários às usuárias, foram realizadas visitas à unidade pela pesquisadora todos os dias da semana, em períodos diurnos e noturnos,

visando eliminar o possível viés de plantão. As usuárias foram ouvidas durante o internamento, no pós-parto imediato, no alojamento conjunto. A observação sistemática foi realizada utilizando o check list, nas visitas á maternidade, 07 dias da semana em dois turnos, totalizando 14 observações.

3.5 Matriz teórico-metodológica

A partir da normatização e parâmetros estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Parto (PHPN) e Estratégia da Rede Cegonha, na perspectiva do modelo humanístico da assistência obstétrica; do arcabouço teórico metodológico de avaliação da qualidade de atenção á saúde de Donabedian (1980, 1990); e da avaliação do desempenho dos Sistemas de Saúde do PRODESS, foram selecionadas as dimensões para avaliação da qualidade do estudo.

Utilizando-se a metodologia desenvolvida por Mendes (2009) e empregada por Silva (2016) e Ramos (2018a), foi desenvolvida a matriz teórico-metodológica, que subsidiou a elaboração dos instrumentos de coleta dos dados e norteará as análises do estudo.

A elaboração da matriz se iniciou com a seleção das dimensões da avaliação da qualidade, em seguida foram delineados seus descritores (quadro 2). A partir das dimensões e seus descritores foram elencados os componentes e definidos os aspectos a serem avaliados, relacionando aos respectivos sujeitos implicados na avaliação (Apêndice A).

Quadro 1 – Dimensões da Avaliação da Qualidade da Assistência Obstétrica da Maternidade do HJMO, 2019.

DIMENSÃO	DESCRIPTOR
Acesso (ao serviço)	Organização do serviço para prover os cuidados necessários, no momento certo e lugar adequado
Acolhimento	Processos de trabalho em saúde, para atender a todos que procuram os serviços, através de postura capaz de acolher, escutar e conceder as respostas mais adequadas aos usuários.
Respeito ao direito das usuárias	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
Violência Obstétrica	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 Obstétrica	Assistência adequada, baseada no conhecimento técnico-científico existente
Condições de Atendimento	Condições adequadas para garantir atendimento digno e humanizado durante o internamento da usuária
Capacidade Instalada	Disponibilidade de recursos físicos e humanos necessários a resolutividade da demanda de atendimento para realização dos partos da população referenciada

Fonte: elaborado pela autora.

3.6 Os Instrumentos

Os dados primários foram obtidos a partir da utilização de dois instrumentos: questionário estruturado e check list (quadro 1).

O questionário das usuárias está composto por 68 questões fechadas distribuídas em três secções: caracterização das usuárias; avaliação da assistência recebida e ambiência (Apêndice B). Já a observação sistemática está composta por 29 pontos relacionados à capacidade instalada e condições de atendimento da maternidade (Apêndice C).

Os questionários são dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica nos indivíduos. Sua utilização possibilita medir a intensidade com que os atributos se distribuem em determinado grupo.

A distribuição das características entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística (SILVA, 2016).

Quadro 2 - Descrição das etapas do estudo, segundo os instrumentos a serem utilizados e sujeitos informantes.

ABORDAGEM	ETAPA	DADOS	INSTRUMENTO	SUJEITOS
Quantitativa	Perfil das Usuárias Assistência recebida Ambiência	Primários	Questionário	Usuárias
	Caracterização da Unidade Capacidade Instalada da Unidade Condições de Atendimento	Primários	Check List	Pesquisadora

3.7 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi elaborado utilizando os programas Epi-info 6.04 e Excel, e para a análise de dados foi utilizado o programa SPSS 22.0.

A descrição do perfil das gestantes atendidas na unidade foi realizada a partir das seguintes as variáveis socioeconômicas e de saúde: idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda mensal, benefício social, local da residência, situação de saneamento básico, tipo de parto, número de filhos e gestações, duração da gestação, e peso ao nascer do recém-nascido. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas.

Para caracterização da assistência recebida, ambiência, capacidade instalada e condições de atendimento da maternidade, foi utilizada a matriz de julgamento, elaborada para fins desse estudo e os resultados serão apresentados em frequências relativas e absolutas (quadro 3).

Para verificar a satisfação foi realizado o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, todas as decisões foram tomadas a um nível de 5% de significância.

Quadro 3 – Matriz de julgamento da avaliação da qualidade da Assistência Obstétrica da Maternidade do HJMO, 2019.

DIMENSÃO	ATRIBUTOS	ASPECTOS AVALIADOS	
		Satisfatório	Insatisfatório
Acesso (ao serviço)	Meios Como Tempos Distância	<i>Esteve de acordo com o que está estabelecido nos normativos</i> OU	<i>Não esteve de acordo com o que está estabelecido nos normativos</i> OU
Acolhimento	Compromisso em acolher, escutar, receber e atender às necessidades da usuária		
Respeito ao direito das usuárias	Dignidade e cortesia Direito à informação Confidencialidade Privacidade no atendimento Apoio aos medos, desconfortos e dor		
Violência Obstétrica	Episódio de violência	Julgado como <i>excelente e bom</i> pela(s) avaliadora(s)	Julgado como <i>péssimo, ruim e regular</i> pela(s) avaliadora(s)
Assistência Obstétrica	Pré-natal Parto Puerpério Aleitamento		
Condições de Atendimento	Compromisso com a ambiência		
Capacidade Instalada	Porte da maternidade		

Fonte: elaborado pela autora.

3.8 Considerações éticas

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CAAE: 14300719.5.0000.5190). As puérperas quando abordadas, foram informados sobre a pesquisa, seus principais objetivos e importância do estudo para o sistema de saúde. A participação foi considerada apenas após a aceitação da usuária, expressa pela assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE D) e o Termo de assentimento Livre e esclarecido (APENDICE E).

Resultados e discussão

4 RESULTADOS

No que se refere ao perfil sócio demográfico das usuárias que pariram no Hospital João Murilo de Oliveira identificou-se que a maioria era parda (70,0%) com idade entre 20 a 39 anos (75,6%), em situação de união estável (54,3%), residia na zona urbana (73,7%), com saneamento básico (61,7%), renda mensal de até um salário mínimo (78,7%) e recebiam algum benefício social (55,3%). Identificou-se 23,7% puérperas adolescentes (14 e 19 anos) entre as mulheres atendidas no período do estudo. No que se refere à escolaridade, as usuárias apresentaram principalmente, ensino médio completo (38,7%) e ensino fundamental incompleto (34,7%) (tabela 2).

Tabela 2 - Perfil Sócio demográfico das gestantes que realizaram parto no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2019.

VARIÁVEL	N	%
Faixa Etária		
14 a 19 anos	71	23,7
20 a 29 anos	148	49,3
30 a 39 anos	79	26,3
40 anos e mais	2	0,7
Raça/Cor		
Parda	210	70,0
Negra	17	5,7
Branca	54	18,0
Amarela	19	6,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	104	34,7
Fundamental completo e Médio incompleto	64	21,3
Médio completo	116	38,7
Superior incompleto, superior completo e pós-graduada	16	5,4
Situação Conjugal		
Solteira	68	22,7
Casada	66	22,0
União estável	163	54,3
Viúva	3	1,0
Renda Mensal		
≤ 01 salário mínimo	236	78,7
> 01 até 02 salários mínimos	64	21,3
Recebe algum Benefício Social		
Sim	166	55,3
Não	134	44,7
Área Residencial		
Urbana	221	73,7
Rural	79	26,3
Saneamento Básico no Local da Residência		
Sim	185	61,7
Não	115	38,3

Na tabela 3, constatou-se que 99,3% das usuárias realizaram assistência pré-natal, dessas, 83,6% iniciou no primeiro trimestre da gestação; 72,8% realizou sete e mais consultas; e mais de 90% foi diagnosticada como gestação de baixo risco. O programa de Saúde da família ou Unidades Básicas de Saúde foram os locais onde a maioria das

gestantes (89,6%) realizaram o pré-natal. Em relação a avaliação da satisfação com assistência recebida, 84,9% das puérperas consideraram *boa*, 11,1% *ruim* e 3,0% *péssima*.

Tabela 3 – Caracterização da assistência Pré-natal, segundo as puérperas atendidas no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão-PE, 2019.

	N	%
Realizou pré-natal		
Não	2	0,7
Sim	298	99,3
Trimestre de início do pré-natal		
1 a 3 meses	249	83,6
4 a 6 meses	44	14,8
7 a 9 meses	5	1,7
Quantidades de consultas realizadas		
1 a 3 consultas	8	2,7
4 a 6 consultas	73	24,5
7 ou mais	217	72,8
Local em que realizou o Pré-natal		
PSF/UBS	267	89,6
Unidade Especializada	24	8,1
Outro Hospital	7	2,3
Realizou pré-natal na cidade de residência		
Sim	278	93,3
Não	20	6,7
Diagnóstico do risco da gestação		
Baixo Risco	261	87,0
Alto Risco	37	12,3
Avaliação da satisfação com a assistência pré-natal		
Ruim	12	3
Regular	33	11,1
Boa	253	84,9

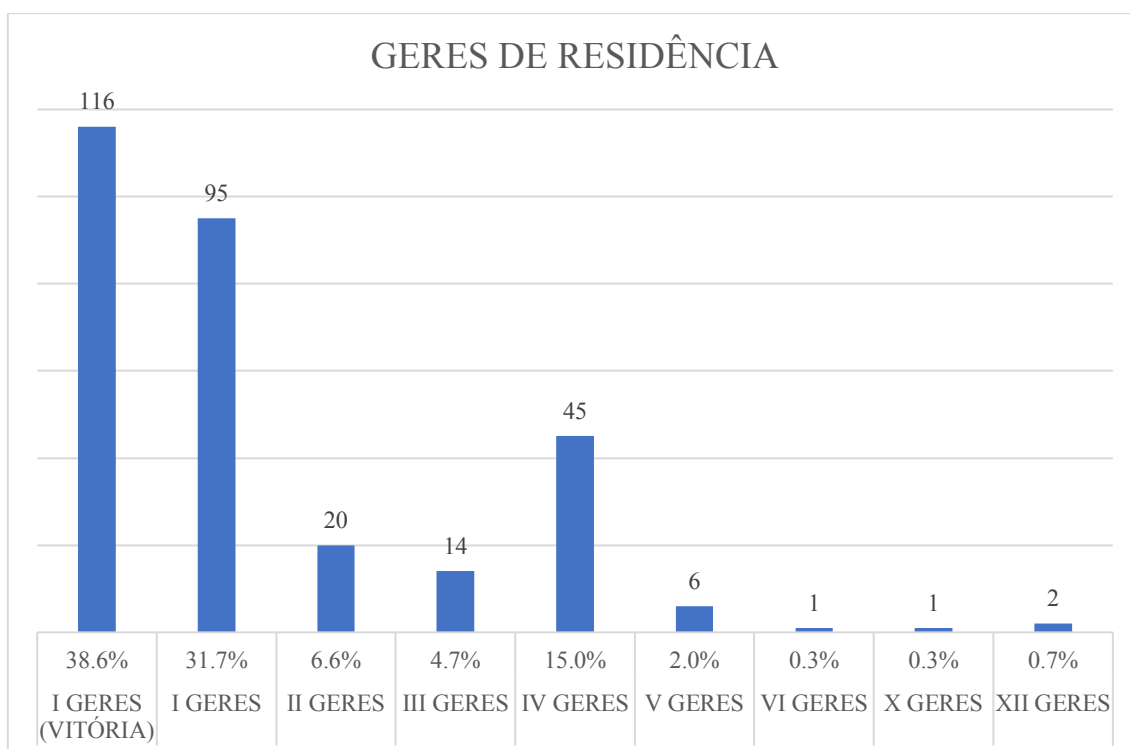
Observou-se que 67,4% das puérperas utilizaram carro, taxi e van como meio de transporte, 26% das gestantes foram transferidas de outras unidades em transportes da secretaria de saúde ou prefeitura, dessas 82,1% consideraram o transporte de boa qualidade. Mais de 58% das puérperas não foram informadas durante o pré-natal onde realizaria o parto, 25% peregrinaram na busca por atendimento no momento do parto, 42,3% passaram mais de 30 min para chegar à unidade, 23,7% percorreram mais de 40 km, e 99,7% não receberam auxílio transporte (tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização do pré-parto das usuárias atendidas no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019.

	N	%
Informação durante o Pré-natal onde iria realizar o parto		
Sim	123	41,0
Não	175	58,3
Quantidade de unidades por qual (is) passou até o internamento para o parto		
1 unidade	225	75,0
2 unidades	53	17,7
3 ou mais unidades	22	7,3
Tempo percorrido da residência ate o internamento para o parto		
Até 30 minutos	173	57,7
31 minutos à 1 hora	52	17,3
> 1h a 2h	33	11,0
> 2h a 3h	11	3,7
> 3h	26	8,7
Não soube informar	5	1,7
Distancia Percorrida		
Até 40 km	229	76,3
> 40 até 100 Km	40	13,3
> 100 até 150 Km	17	5,7
> 150 até 200 Km	9	3,0
> 200 km	5	1,6
Transporte utilizado para chegar à unidade		
Carro, táxi e van	202	67,4
Ônibus	14	4,7
Moto	9	3,0
Ambulância/SAMU	73	24,3
A pé	2	0,7
Recebeu Auxílio transporte para o deslocamento à unidade		
Sim	1	0,3
Não	299	99,7
Foi transferida de outra unidade em transporte da secretaria de saúde ou prefeitura		
Sim	78	26,0
Não	222	74,0
Qualidade do transporte que realizou a transferência		
Ruim	10	12,8
Regular	4	5,1
Boa	64	82,1
Veio com encaminhamento para internação nessa unidade		
Sim	68	22,7
Não	232	77,3

No gráfico 1 verificou-se que a maioria das gestantes atendidas no Hospital analisado residem na cidade de Vitória de Santo Antão (38,6%) seguida por outros municípios (31,7%) da primeira regional de saúde (I GERES) e munícipes (15,0%) da IV GERES.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das gestantes segundo Regional de Saúde do município de residência.



Observou-se que a maioria (70,3%) dos partos realizados foi parto normal, 44,0% dos partos foi conduzido em conjunto médicos e enfermeiros, 48,0% das puérperas receberam métodos não medicamentosos para alívio da dor e 70,1% teve a permissão do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto. Mais de 13,0% das gestações foram prematuras, 8,7% das puérperas relataram ter sofrido violência obstétrica, sendo 2,7% violência física, 2,7% violência verbal e 3,3% violência psicológica (Tabela 5).

Ainda na tabela 5, identificou-se que 8,3% dos recém-nascidos foram de baixo peso e 20,3% de peso insuficiente. Entre os recém-nascidos que necessitaram de cuidado especial 3,0% foram para UTI, 6,3% para incubadora e 5,0% para berço aquecido. Mais de 90,0% dos recém-nascidos não mamaram na sala de parto e 70,7% das mães receberam orientações e estímulo sobre a amamentação.

Tabela 5 – Caracterização do parto e pós-parto imediato das usuárias internadas no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019

	N	%
Tempo da Gestação em semanas		
Gestação prematura	41	13,7
Gestação a termo	259	86,3
Tipo de Parto		
Normal	211	70,3
Cesáreo	89	29,7
Profissional que realizou o parto		
Médico(a)	120	40,0
Enfermeiro(a)	41	13,7
Médico(a) e Enfermeiro(a)	132	44,0
Não soube informar	7	2,3
Recebeu algum método não medicamentoso para alívio da dor		
Sim	144	48,0
Não	156	52,0
Relatou ter sofrido violência obstétrica		
Sim	26	8,7
Não	274	91,3
Qual o tipo de violência relatou ter sofrido		
Física	8	2,7
Verbal	8	2,7
Psicológica	10	3,3
Houve a presença do acompanhante		
Não	2	0,7
Apenas durante o pré-parto	3	1,0
Durante pré-parto e pós-parto	83	27,9
Durante o pré-parto, parto e pós-parto	209	70,1
Apenas no pós-parto	1	0,3
Peso do recém-nascido		
Baixo Peso (< 2.500g)	25	8,3
Peso Insuficiente (> 2.500 a 2.999g)	61	20,3
Peso Adequado (> 2.999 a 3.999g)	175	58,3
Excesso de Peso (4.000g e mais)	21	7,0
Não soube informar	13	4,3
O recém-nascido necessitou de algum cuidado especial		
UTI	9	3,0
Incubadora	19	6,3
Berço aquecido	15	5,0
Nenhum	257	85,7

Houve contato pele a pele com o recém-nascido na sala de parto		
Sim	289	96,3
Não	11	3,7
O recém-nascido mamou na sala de parto		
Sim	24	8,0
Não	276	92,0
Mãe e recém-nascido ficaram em alojamento conjunto		
Sim	266	88,7
Não	34	11,3
Recebeu orientações e estímulo sobre a amamentação		
Sim	212	70,7
Não	88	29,3
Recebeu orientações sobre cuidados puerperais		
Sim	135	45,0
Não	165	55,0

Na tabela 6, identificou-se que as puérperas se consideraram satisfeitas com grande parcela dos aspectos do atendimento avaliados, com satisfação superior a 90% com o atendimento geral na recepção, o tempo de espera para atendimento na recepção, a gentileza dos profissionais na recepção, o apoio dos profissionais em momentos de dor e medo, e a possibilidade em fazer reclamações e/ou sugestões. Contrariamente, houve grande insatisfação com a temperatura, o barulho e o conforto na enfermaria.

Tabela 6 – Satisfação das puérperas com atendimento, durante internação no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019

SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS		
ASPECTO	N	%
Satisfação com o tempo de espera para atendimento na recepção da unidade		
Ruim	5	1,7
Regular	11	3,7
Boa	284	94,7
Satisfação com a Gentileza dos profissionais na recepção da unidade		
Ruim	5	1,7
Regular	21	7,0
Boa	274	91,3
Satisfação com atendimento Geral na recepção da unidade		
Ruim	5	1,7
Regular	4	1,3
Boa	291	97,0
Satisfação com o tempo de espera pelo atendimento da equipe de saúde		
Ruim	28	9,4
Regular	34	11,3
Boa	238	79,3
Satisfação com o respeito dos profissionais durante o atendimento		
Ruim	17	5,7
Regular	17	5,7
Boa	266	88,7
Satisfação com a confiança nos profissionais durante o atendimento		
Ruim	17	5,7
Regular	18	6,0
Boa	265	87,3
Satisfação com a privacidade durante o internamento		
Ruim	19	6,3
Regular	34	11,3
Boa	247	82,3
Satisfação com o apoio dos profissionais nos momentos de dor e medo		
Ruim	10	3,3
Regular	12	4,0
Boa	279	93,0
Satisfação com as orientações recebidas sobre os cuidados com o recém-nascido		
Ruim	39	13
Regular	11	3,7
Boa	250	83,4

Satisfação com o trabalho dos médicos		
Ruim	15	5,0
Regular	19	6,3
Boa	266	88,7
Satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem		
Ruim	9	3,0
Regular	23	7,7
Boa	268	88,7
Satisfação com a possibilidade de emitir opiniões ou fazer reclamações		
Ruim	14	4,7
Regular	12	4,0
Boa	274	91,3
Satisfação com a temperatura na enfermaria		
Ruim	132	44,0
Regular	70	23,3
Boa	98	32,7
Satisfação com o barulho na enfermaria		
Ruim	80	26,6
Regular	54	18,0
Boa	166	55,3
Satisfação com o conforto na enfermaria		
Ruim	68	22,7
Regular	61	20,3
Boa	171	57,0
Satisfação com a limpeza da enfermaria		
Ruim	13	4,3
Regular	37	12,3
Boa	250	83,3
Satisfação com a qualidade das refeições na enfermaria		
Ruim	37	12,3
Regular	36	12,0
Boa	227	75,7
Satisfação com a quantidade e qualidade das roupas de cama e paciente		
Ruim	13	4,3
Regular	18	6,0
Boa	269	89,7
Satisfação com o atendimento recebido de forma geral		
Ruim	8	2,7
Regular	27	9,0
Boa	265	88,3
Escolheria essa unidade na ocasião de uma nova gestação		
Sim	261	87,0
Não	39	13,0

Entre as dimensões avaliadas, verificou-se diferenças estatisticamente significante ($p < 0,01$) de qualidade entre elas. A qualidade foi satisfatória no Acolhimento (89,6%), Respeito ao Direito da usuária (81,7%) e Assistência obstétrica (78,3%) e insatisfatória no Acesso (44,2%) e nas condições de atendimento (65,6%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação das dimensões da Qualidade da Assistência

DIMENSÃO	RESPOSTAS INSATISFATÓRIA			X ²	Graus de liberdade	Valor de P
	N	N	%			
Acesso	299	958	55,8			
Acolhimento	245	85	10,4			
Respeito ao Direito da Usuária	300	440	18,3	749,9	4	P < 0,01
Assistência Obstétrica	299	911	21,7			
Condições de Atendimento	300	619	34,4			

Na tabela 8, verificou-se a satisfação das usuárias com a qualidade do atendimento em relação aos aspectos das dimensões da avaliação. Houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,01$), entre os elementos de todas as dimensões. No que se refere ao *Acesso*, a concessão do auxílio transporte, a admissão da usuária com instrumento formal de encaminhamento de outra unidade da rede e a informação à gestante durante o pré-natal sobre o local de realização do parto apresentaram os maiores percentuais de insatisfação. O tempo de espera para atendimento pela equipe de saúde (20,7%) e a adequação da transferência da gestante entre unidades de saúde (17,9%) apresentaram as maiores proporções de insatisfação na dimensão *Acolhimento*.

Em relação ao *Respeito ao direito da usuária*, os espaços para emissão de opiniões, críticas e/ou elaboração de denúncias e a permissão da presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto obtiveram maior insatisfação. O estímulo ao aleitamento materno no ambiente do parto e as orientações sobre os cuidados puerperais se apresentaram baixa satisfação na dimensão *Assistência obstétrica*. Em relação as *Condições de atendimento*, a temperatura no alojamento conjunto, o barulho no alojamento conjunto e o conforto no alojamento conjunto se mostraram com os maiores percentuais de insatisfação (tabela 8).

Tabela 8 – Avaliação das categorias das dimensões da Qualidade da Assistência

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO						
DIMENSÃO	Respostas N	Insatisfatória N	%	X ²	Graus de Liberdade	Valor de P
<i>ACESSO</i>						
Informação durante o Pré-natal sobre o local de realização do parto	298	175	58,3			
Recebeu auxílio transporte para o deslocamento à unidade	300	299	99,7			
Meio de transporte utilizado para chegar à unidade	300	71	23,7			
Quantidade de unidades por qual (is) passou até o internamento para o parto	300	75	25,0	803,8	6	P < 0,01
Tempo percorrido da residência até o internamento para o parto	295	75	25,1			
Distancia Percorrida da residência até o internamento para o parto	300	31	10,3			
Admissão na unidade com encaminhamento	300	232	77,3			
<i>ACOLHIMENTO</i>						
Tempo de espera para atendimento na recepção da unidade	300	2	0,7			
Atendimento na recepção de maneira geral	300	7	2,3	102,3	3	P < 0,01
Tempo de espera para atendimento pela equipe de saúde	300	62	20,7			
*Adequação da transferência da gestante entre unidades de saúde	78	14	17,9			
<i>RESPEITO AO DIREITO DA USUÁRIA</i>						
Gentileza dos profissionais no atendimento na recepção da unidade	300	25	8,3			
Respeito dos profissionais da equipe de saúde no atendimento às gestantes	300	34	11,3			
Confiança dos profissionais da equipe de saúde no atendimento às gestantes	300	35	11,7			
Privacidade durante o atendimento	300	53	17,7	335,2	7	P < 0,01
Apoio dos profissionais em momentos de dor e medo	300	22	7,3			
Suporte para alívio e desconforto da dor	300	26	8,7			
Permissão da presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto	298	89	29,9			

Espaços para emissão de opiniões, fazer críticas e/ou elaboração de denúncias	300	156	52,0			
<i>ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA</i>						
Realizou pré-natal na cidade de Residência	298	20	6,7			
Início do Pré-natal no primeiro trimestre da gestação	298	49	16,4			
Realizou sete ou mais consultas de pré-natal	298	81	27,2			
Risco materno/fetal classificado durante a gestação	298	0	0,0			
Satisfação com a assistência recebida durante o pré-natal	298	45	15,1			
Contato imediato pele a pele da mãe com recém-nascido	300	11	3,7			
Estímulo ao aleitamento materno no ambiente do parto	300	276	92,0	1368	13	P < 0,01
Internação em alojamento conjunto	300	34	11,3			
Orientações de estímulo ao aleitamento materno	300	88	29,3			
Orientações sobre os cuidados com o recém-nascido	300	50	16,7			
Orientações sobre os cuidados puerperais	300	165	55,0			
Episódio de violência obstétrica	300	26	8,7			
Satisfação com os cuidados prestados pela equipe médica	300	34	11,3			
Satisfação com os cuidados prestados pela equipe de enfermagem	300	32	10,7			
<i>CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO</i>						
Temperatura no alojamento conjunto	300	202	67,3			
Barulho no alojamento conjunto	300	134	44,7			
Conforto no alojamento conjunto	300	129	43,0	300.4	5	P < 0,01
Limpeza do alojamento conjunto	300	50	16,0			
Qualidade e quantidade das refeições fornecidas durante o internamento	300	73	24,3			
Quantidade e qualidade das roupas de uso hospitalar e da gestante	300	31	10,3			

A observação sistemática realizada pela pesquisadora, em 14 visitas, em plantões diferentes por sete dias da semana, identificou que a classificação de risco (diurno/noturno), o encaminhamento (realizado por telefone), o tempo de espera e o atendimento na recepção estiveram adequados ao atendimento com qualidade. A maior parte das gestantes que chegaram na emergência obstétrica do Hospital forma atendidas na recepção de forma imediata, quando chegava mais de uma paciente ao mesmo tempo, o atendimento se prolongava chegando ao tempo máximo de 10 minutos.

Em relação a *capacidade instalada*, a unidade dispões de 20 leitos em UTI neonatal e 14 vagas na casa de gestante, porém se houver uma demanda maior de mães existe suporte no segundo andar da obstetrícia observou-se que a equipe obstétrica e neonatal funcionou sempre completa, visto que em casos de intercorrência, havia organização estabelecida de profissionais para substituição, não comprometendo o quadro profissional. A equipe é composta por; 13 médicos neonatais/ obstetras, 02 por plantão; e, 15 enfermeiros neonatais/ obstetras, 02 por plantão. Não existem leitos em UTI adulto, nem espaço Pré-parto, parto e pós-parto (PPP) implantados (tabela 9).

Tabela 9 – Capacidade instalada no Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2019

	SIM	NÃO
Leitos para Cuidados Intermediários Neonatais	X	
Leitos UTI neonatal	X	
Leitos UTI adulto		X
Pacientes dividindo leitos/macas na enfermaria		X
Mães dividindo leito com o bebê		X
Pacientes em cadeiras na enfermaria		X
Existência de atendimento no corredor		X
Equipe obstétrica completa	X	
Equipe neonatal completa	X	
Equipe de Enfermagem completa	X	
Espaço PPP implantando e funcionando		X
Casa de gestante em funcionamento	X	

No Hospital, realizou-se em média 15 partos por dia, para o parto normal o tempo média de internação foi de 24 horas, para a puerpera e 48 horas para o recém-nascido. Passadas as 24 horas, a mãe tem alta se tornando a acompanhante do filho. Para parto cesáreo, o tempo médio de internação para mãe e bebê foi de 48 horas, com direito a acompanhante. Tempos superiores, a mãe ficou de acompanhante.

Constatou-se adequada as condições ao atendimento com qualidade no que se referiu ao estado de conservação dos leitos/macac, o espaço para usuária guardar seus pertences e a limpeza apresentaram, já a privacidade e o barulho foram consideradas regulares e a acomodação para os acompanhantes e a temperatura na enfermaria inadequadas.

Identificou-se que entre as 3 dimensões da qualidade da assistência houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$), com qualidade insatisfatória para as *Condições de atendimento*, porém não foi inferior a 50% (Tabela 10).

Tabela 10 – Avaliação das dimensões da Qualidade da Assistência da Observação Sistemática

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO			X ²	Graus de liberdade	Valor de P
	RESPOSTAS N	SATISFATÓRIA N	%			
Acolhimento	14	56	100			
Condições de Atendimento	14	72	51,4	107,4	2	P < 0,01
Capacidade instalada	14	140	83,3			

5 DISCUSSÃO

O perfil das gestantes atendidas na unidade foi em sua maioria de mulheres com idade entre 20 e 39 anos, pardas em união estável, com renda de até um salário mínimo, ensino médio incompleto, residentes em municípios de fora da Região Metropolitana, sendo $\frac{1}{4}$ delas adolescentes.

Esses achados destacam a importância da implantação dessa unidade hospitalar para o acesso das gestantes ao atendimento ao parto, visto que a maioria das unidades de referência ao parto hospitalar da rede pública do estado localizam-se na capital.

A baixa escolaridade e condição social verificada entre as puérperas representam um fator de risco para saúde materna e neonatal (DA SILVA ARAÚJO et al. 2015; SOUSA et al 2016; BARBOSA et al. 2017), corroborando com os achados de Teresina/PI, Belo Horizonte/MG e Picos/PI.

No que diz respeito a cor auto referida, faixa etária, e situação conjugal, os dados encontrados assemelham-se aos achados verificados em Teresina, Fortaleza, Belo Horizonte e Picos (DA SILVA ARAÚJO et al. 2015; MOTTA et al. 2016; SOUSA et al 2016; BARBOSA et al. 2017).

Para Motta e colaboradores (2016) e Barbosa e colaboradores (2017), a situação conjugal das gestantes contribui de maneira positiva para o curso do ciclo gravídico puerperal, na medida em que a figura paterna reflete na autoconfiança da mulher, além de trazer uma maior estabilidade financeira para a família.

No que se refere à assistência pré-natal, observou-se a universalização da realização de 7 e mais consultas, com gestações classificadas em baixo risco ou risco habitual. Na maioria das vezes, os cuidados foram desenvolvidos na Atenção básica, o que demonstra, que a Estratégia de Saúde da Família tem assumido o pré-natal no interior do estado de Pernambuco.

O Ministério da Saúde reforça por meio de políticas e programas a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto. Porém, apesar dos inegáveis avanços em termos de cobertura da assistência pré-natal no Brasil, é importante destacar a necessidade de qualificar os cuidados da assistência prestadas às gestantes (ALBERTO, 2017; VALDES, 2017).

No presente estudo, a maioria das gestantes não foi informada sobre o local onde iria realizar o parto, e 25% delas peregrinaram entre os serviços na busca por atendimento, situação semelhante ao verificado por Viellas (2014) e Furtado (2016) que relataram que

50% das puérperas entrevistadas não foram orientadas sobre o local do parto, levando às usuárias à peregrinação por internação no momento do parto.

Costa (2018) relatou a preocupação das mulheres durante a peregrinação com o bem-estar do bebê, medo de parir em via pública, sensação de abandono resultante da falta de acolhimento nas maternidades e insatisfação por terem percorrido longas distâncias até os serviços de saúde.

Mais de 78% puérperas apresentarem uma renda inferior a um salário mínimo, entretanto, o direito ao auxílio transporte não foi garantindo a 99,7% delas.

O auxílio transporte para o deslocamento e atendimento no momento do parto foi preconizado pela política de atenção ao parto, desde 2011 (BRASIL, 2011). Estudos realizados no Rio de Janeiro e em Recife vêm demonstrando que esse direito não está garantido na assistência ao parto no SUS (RODRIGUES, 2015; SILVA, 2017b).

Mesmo a maioria das mulheres tendo recebido assistência pré-natal durante toda a gestação em unidades da Atenção Primária, em seu município de residência, com gestações de risco habitual, no momento do parto precisaram deixar suas cidades para buscar atendimento, chegando em algumas situações, a percorrer distâncias superiores a 100km.

Observou-se que na maioria dos casos realizou-se parto normal, entretanto os 30% de cirurgias cesarianas representam o dobro do percentual preconizado pela Organização mundial de Saúde. Os partos foram conduzidos em conjunto por médicos e enfermeiros, e as puérperas tiveram acesso aos métodos não medicamentosos para alívio da dor e permissão do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, com exceção das cesáreas, onde não foi permitida a presença do acompanhante na sala de parto.

Nos últimos 30 anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a taxa ideal de cesáreas entre 10% e 15% de todos os partos, pois taxas superiores a estas estão associadas a aumento nas taxas de mortalidade materna e neonatal. Nas últimas décadas a taxa de cesárea vem aumentando gradativamente e mundialmente. No Brasil a taxa de cesáreas aumentou de 15% em 1970 para 31% em 1980 e atingiu 50,1% dos nascidos vivos em 2009, sendo é o segundo colocado mundial. Acredita-se que o aumento é impulsionado em grande parte pela cesárea sem indicação medica, ou seja, os fatores clínicos não são os principais determinantes das elevadas taxas (BONAMIGO, 2020; MARIN, 2020).

O estudo de Sousa et al (2016) evidenciou que os partos são habitualmente assistidos por enfermeiras obstétricas e que a utilização de métodos não farmacológicos

de alívio da dor durante o trabalho de parto reforça a preocupação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência em oferecer conforto e apoio às parturientes no enfrentamento da dor. Segundo Motta, et al. (2016) o método farmacológico para o alívio da dor é indiscutivelmente eficiente, no entanto impede a mulher de assumir o papel de protagonista no próprio parto, além de produzir efeitos negativos ao bem-estar materno e fetal.

Os dados identificaram relatos de ocorrência de violência obstétrica, violência física, verbal e psicológica.

O controle da violência obstétrica na assistência ao parto consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. No Brasil, uma entre quatro mulheres sofre violência durante o parto, sendo as condutas desrespeitosas e grosseiras as reclamações mais frequentes entre as puérperas (ANDRADE, 2016; PEREIRA, 2016). SANTOS (2015) constatou em todos os artigos estudados a prática da violência institucional obstétrica, sendo a negligência, a forma mais adotada, seguida pela violência verbal, e a violência física.

No que se refere às orientações e estímulo sobre a amamentação a maioria das mães foi instruída, entretanto, apesar de 70% dos partos terem sido normais e a maioria das gestações de risco habitual, os recém-nascido não mamaram na sala de parto, apontando que essa prática não está consolidada entre os cuidados prestados na atenção ao parto, na unidade avaliada.

A amamentação na primeira hora representa um índice de excelência das práticas de aleitamento materno, está ligada a benefícios imunológicos e psicossociais, além de prevenir a morbimortalidade neonatal e o desmame precoce. Porém estudos realizados vêm demonstrando que essa prática ainda não está instituída nas maternidades de São Paulo, João Pessoa, Recife, e Rio de Janeiro (CALEGARI, 2016; SAMPAIO, 2016; SILVA, 2017b; RAMOS, 2018b; LEDO, 2020).

Ao se tratar da satisfação com atendimento na unidade, as maiores proporções de satisfação foram nas dimensões Acolhimento, Respeito ao direito da usuária e Assistência obstétrica e as maiores insatisfações forma com Aceso e Condições de atendimento.

A satisfação das puérperas com a experiência de parto, é vista positivamente no que tange o atendimento nas maternidades. A implementação de uma abordagem humanizada nos serviços de atenção obstétrica, que envolva a comunicação efetiva entre os membros da equipe contribui para a satisfação das mulheres com relação ao cuidado recebido (DE MELO, 2018).

Motta et al (2016) aponta que a satisfação da mulher com o seu parto guarda relação ao viés de gratidão por seu filho estar bem e saudável, bem como pode ser influenciada pelo pouco conhecimento sobre os procedimentos relativos ao trabalho de parto.

Dentro da dimensão Acesso, a ausência do direito ao auxílio transporte para o deslocamento à unidade e a informação durante o Pré-natal sobre o local de realização do parto geraram os maiores índices de insatisfação. A admissão na unidade com encaminhamento também apresentou um baixo percentual de satisfação, porém este número está relacionado ao fato da maioria das puérperas procurarem a maternidade por livre demanda. Dentro da dimensão Condições de atendimento, a temperatura, o barulho e o conforto no alojamento conjunto apresentaram as maiores insatisfações.

Embora o acesso seja garantido constitucionalmente e tenha derrubado barreiras formais, suas dificuldades perduram na atenção a saúde, tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados (DA SILVA NUNES, 2017).

Os aspectos de insatisfação nas Condições de atendimento coincidiram com os achados identificados por Silva (2017b), na rede pública hospitalar da cidade do Recife, onde os aspectos avaliados na dimensão Ambiência apresentaram ampla insatisfação com a temperatura na enfermaria, o conforto e o barulho, demonstrando que a estrutura das unidades não está adequada à humanização e qualidade da assistência.

A avaliação das usuárias coincide com os resultados da observação sistemática, onde as condições de atendimento apresentaram menor proporção de adequação.

No que se refere à capacidade instalada, o hospital apresentou condições necessárias ao atendimento preconizado pelo modelo humanístico de atenção ao parto, com escalas de profissionais completas, leitos para Cuidados Intermediários Neonatais, leitos em UTI neonatal, casa de gestante em funcionamento, ausência de atendimento de gestantes em corredor ou cadeiras e pacientes dividindo leitos/macas na enfermaria,. Entretanto, a inexistência de leitos em UTI adulto na unidade que é referência no interior do estado de Pernambuco, aponta para a fragilidade da rede de atenção ao parto no interior do estado.

Em Pernambuco existe a peregrinação de moradores de municípios de menores portes para a capital em busca de atendimento especializado. Mesmo com a convenção da regionalização no estado o fluxo de pacientes do interior para a capital, Recife, é intenso, já que os serviços de maior complexidade estão na Região Metropolitana (SANTOS, 2015b).

Estudos realizados em Recife e Fortaleza constatam que a maioria das pacientes que ocupam as vagas de UTI em capitais são oriundas de cidades do interior do estado, este achado talvez possa ser explicado pelo fato de que o tratamento obstétrico intensivo seja inexistente no interior (SOUZA, 2015; SILVA, 2020b).

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a assistência ao parto realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, na cidade de Vitória de Santo Antão, GERES I, apresentou percentual de adequação variável dependendo dimensão avaliada, demonstrando que o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento preconizado ainda está em implantação.

No HJMO as gestantes atendidas na assistência ao parto, foram em sua maioria parda, com idade entre 20 a 39 anos, em união estável, renda mensal de até um salário mínimo, recebiam algum benefício social, e possuíam ensino médio completo e ensino fundamental incompleto. Assim como verificado no estado, a assistência pré-natal esteve praticamente universalizada entre as gestantes do município, com realização de sete ou mais consultas e diagnosticadas como gestação de baixo risco. Houve um predomínio de parto normal conduzido em conjunto por médicos e enfermeiros.

Para a assistência recebida durante o atendimento na unidade o maior grau de insatisfação foi na dimensão *acesso*, e satisfação na dimensão *acolhimento*. A gentileza dos profissionais no acolhimento, o atendimento de forma geral na recepção, o respeito e a confiança nos profissionais da equipe de saúde foi destaque positivo. Dentre os prejuízos advindos da falta de assistência de qualidade no município, destaca-se a peregrinação, a falta de concessão do auxílio transporte, a violência obstétrica e a não garantia da ambiência básica necessária.

No que se refere à capacidade instalada, o hospital apresentou condições necessárias ao atendimento preconizado na grande parte dos quesitos avaliados, porém a inexistência de leitos em UTI adulto em uma unidade que é referência no interior do estado aponta para a fragilidade da rede de atenção ao parto no interior.

Os achados desse estudo demonstram que a situação do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada, e representa um cenário desafiador. Em Vitória de Santo Antão, a qualidade da assistência obstétrica na rede pública enfrenta algumas 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

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Viviane; NUNES, Camila Barreto. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL. **Anais do Seminário Internacional de Educação (SIEDUCA)**, v. 1, n. 1, 2017.

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

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, 2013.

BARBOSA, E. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista Rene**. Piauí, v. 18, n. 2, p. 227-33, 2017.

BONAMIGO, E. L. *et al.* Fatores associados à realização de parto cesáreo em mulheres brasileiras: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, PNS 2013. **RELATOS DE CASOS**, 2020, 64.1: 10-17, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares/Ministério da Saúde, 2019. [acesso em 22 abril. 2019] Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>> Acesso em: jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>> Acesso em: 13 agosto 2020

CABRAL, A. L. N. **Avaliação do impacto do Programa Mãe Coruja Pernambucana nas taxas de mortalidade infantil e materna em Pernambuco**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

CALEGARI, Fernanda Luciana *et al.* Prontidão do recém-nascido a termo durante a primeira mamada em alojamento conjunto. **Rev Rene**, v. 17, n. 4, p. 444-450, 2016.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Brasília, v. 17, p. 49-59, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Montréal, v. 11, p. 705-711, 2006.
- COSTA, Rafaela Lira Mendes. Percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.
- DA SILVA ARAÚJO, K. R. *et al.* Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Piauí, n. 3, p. 2739-2750, 2015.
- DA SILVA NUNES, Aryelly Dayane *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.
- DE ARAÚJO HART, Z. M. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, SciELO-Editora FIOCRUZ, p.132, 1997.
- DE CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015.
- DE MELO, L. P. T. *et al.* Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto. **Avances en Enfermería**, Ceará, v. 36, n. 1, p. 22-30, 2018.
- DE SOUSA LIMA, W. *et al.* Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no brasil. **Multidebates**, Tocantins, v. 2, n. 2, p. 41-55, 2018
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S52-S62, 2004.
- 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.
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Arch. Pathology e Laboratory Medicine*, v. 114, p. 1115-1118, 1990.
- DONABEDIAN Avedis. An introduction to quality assurance in health care. 1. ed. New York: Oxford University Press; 2003.
- FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. D. B. L.; PARADA, C. M. G. D. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 75-88, 2016.
- FIOCRUZ -FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2012. disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec>> Acesso em: jan 2019.

FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. D. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 23, 2016.

GONÇALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Recife, v. 12, p. 281-296, 2009.

IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisas. Cidades e Estados 2018 [acesso em: 28 abril. 2019]. disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/vitoria-de-santo-antao.html>> Acesso em: fev. 2019.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEDO, Beatriz Cabral et al. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200102, 2020.

LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996**. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

MARIN, D. F. D. A. Taxas de cesáreas segundo a Classificação de Robson: avaliação da implementação do Projeto Parto Adequado em um hospital do Sul do Brasil. *Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde*, 2020.

MARRERO, L., & BRÜGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2473-2479, 2006.

MATOS, G. C. M. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online - ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 3, p. 870-878, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552>> Acesso em: set. 2018

MENDES, A. D. 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/FIOCRUZ-PE, Recife, 2009.

MOTTA, S. A. M. F. *et al.* Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 2, p. 593-9, fev., 2016.

MOURA, V. M. H. D. **Avanços e desafios do Programa Mãe Coruja no Sertão do Araripe: uma análise quinquenal.** 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

NAGAHAMA, E. E. I. *et al.* 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Maringá, v. 24, p. 1859-1868, 2008.

PEREIRA, J.S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Belo Horizonte, v. 15, p. 103-108, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Hospital João Murilo de Oliveira, 2019 Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/idades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-joao-murilo-de-oliveira>> Acesso em: 22 de abril 2019.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**. Canoas, n. 37, p. 212-227, 2012.

PINHEIRO, H. D. M. **Do Domicílio ao Parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife-PE.** 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

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**. 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.; FALANGOLA; A.; SILVA, A.S.; SOUSA, I. C. (org). **Produtivíssimo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática.** Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, p. 119-44, 2014.

RAMOS, A. M. **A qualidade da assistência obstétrica em um hospital de ensino: trajetórias e desafios no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado.** 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018a.

- RAMOS, W.M.A. et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **J Res Fundam Care**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 173-9, 2018b.
- RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 6, p. 149-170.
- SAMPAIO, Ádila Roberta Rocha; BOUSQUAT, Aylene; BARROS, Claudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 281-290, 2016.
- SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 35-44, 2013.
- SANTOS, R. A. Alves; DE MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.
- SANTOS, Francisco de Assis da Silva et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, Dec. 2015b.
- SANTOS, F. M. P. **Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Coimbra, 2018.
- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.
- SIERRA MARTINS, A. C.; SOUZA SILVA, L. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.
- SILVA, A. L. A. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE, 2016.
- SILVA, A. L. A. da *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00175116, 2017b.
- SILVA, D. C. E. *et al.* Perfil de pacientes obstétricas admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital público. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020b.

SILVA, E. C. Pré-natal e a prevenção da mortalidade materna. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 1, p. 70-75, 2018.b.

SILVA, H. F. da. **Análise da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 2007 a 2015**. Dissertação (Mestre em Enfermagem), Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2018a.

SILVA, M. I. C. **Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes que pariram numa unidade de referência no Recife-PE**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE, 2018c.

SILVA, T. C. *et al.* Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017a.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUZA, P. C. de; SCATENA, J. H. G. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. **Revista de administração em Saúde (Relato de caso)**, v. 11, n. 43, p. 63-74, 2009.

SOUZA, C. F. *et al.* Perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 8(1), 30-42, 2015.

VALDES, Ileana Nicolasa Ferrer; DOS SANTOS, Elitiele Ortiz; DO PRADO, Ernande Valentin. Programa mais médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

APÊNDICE A– MATRIZ TEÓRICO METODOLÓGICA

DIMENSÃO	DESCRITORES	ATRIBUTOS	ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	SUJEITO
ACESSO (ao serviço)	Organização do serviço para prover os cuidados necessários, no momento certo e lugar adequados	Meios	Meio de transporte utilizado para o deslocamento à unidade de saúde	Puerpera
		Como	Obtenção do acesso à unidade por demanda espontânea ou via regulação do Sistema de Saúde	
			Informação durante o pré-natal sobre o local da realização do parto	
			Mediação de visita à unidade de realização do parto durante o pré-natal	
			Orientação sobre aquisição da ajuda de custo e apoio financeiro para o deslocamento à maternidade	
			Garantia de transporte para o deslocamento à maternidade	
		Tempos	Acesso a quantas unidades até o internamento para realização do parto	
			Tempo (em horas) percorrido entre a residência e a chegada à unidade para realização do parto	
			Tempo (em horas) percorrido durante transferência de uma unidade e a chegada na unidade para realização do parto	
		Distância	Distância (em Km) percorrida entre a residência e a chegada à unidade para realização do parto	
ACOLHIMENTO	Processos de trabalho em saúde, para atender a todos que procuram os serviços, através de postura capaz de acolher, escutar e conceder as respostas mais adequadas aos usuários	Compromisso em acolher, escutar, receber e atender às necessidades da usuária	Atendimento em tempo oportuno da gestante na recepção da unidade	Pesquisadora
			Avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definição do atendimento prioritário	
			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	Puerpera/ Pesquisadora
			Tempo (em horas) percorrido entre a chegada na unidade e o atendimento na recepção	
			Tempo (em horas) percorrido entre a chegada na unidade e o atendimento na recepção pela equipe de saúde	

Fonte: elaborada pela autora.

DIMENSÃO	DESCRITORES	ATRIBUTOS	ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	SUJEITO
RESPEITO AO DIREITO DAS USUÁRIAS	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	Respeito e gentileza no atendimento à gestante na recepção	Puérperas
			Respeito e Gentileza no atendimento à gestante pelos profissionais da equipe de saúde	
			Disponibilidade dos profissionais no atendimento às solicitações da gestante	
			Existência de espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias	
		Direito à informação	Orientação clara sobre a condição de saúde da gestante e os procedimentos a serem realizados	
			Orientação clara sobre a condição de saúde do recém-nascido e os procedimentos realizados, caso necessário	
		Confidencialidade	Garantia do sigilo de todas as informações relacionadas ao estado de saúde da puérpera e recém-nascido	
		Privacidade no atendimento	Garantida a privacidade da parturiente e seu acompanhante	
Apoio aos medos, desconfortos e dor	Suporte para alívio de desconforto e dor			
	Atenção em situações de insegurança e medo da gestante			
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	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	Episódio de violência	Ocorrência de violência física, verbal ou psicológica realizada por profissionais de saúde durante o atendimento	Puérperas

Fonte: elaborada pela autora.

DIMENSÃO	DESCRIPTORES	ATRIBUTOS	ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	SUJEITO
ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	Assistência adequada, baseada no conhecimento técnico- científico existente	Pré-natal	Local de Realização da assistência pré-natal	Puérperas
			Início do pré-natal no 1º trimestre da gestação	
			Realização de 7 ou mais consultas de pré-natal	
			Identificação do risco materno/fetal e encaminhamento para referência	
		Parto	Contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido	
			Atendimento imediato ao recém-nascido no mesmo ambiente do parto	
			Internação em alojamento conjunto	
		Puerpério	Realização de orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido	
			Adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais	
			Estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto	
Aleitamento	Estímulo ao aleitamento materno sob livre demanda			
CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	Condições adequadas para garantir atendimento digno e humanizado durante o internamento da usuária	Compromisso com a Ambiência	Disponibilidade de cadeiras para acomodar a todos na recepção da unidade	Puérpera/ Pesquisadora
			Acomodação das gestantes na recepção, enquanto espera por atendimento	
			Ambiente limpo na recepção e na enfermaria	
			Ambiente ventilado e com temperatura agradável recepção e enfermaria	
			Ambiente com iluminação adequada na recepção e na enfermaria	
			Ambiente sem ruídos que possibilite o descanso	
			Limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos	
			Qualidade e quantidade satisfatória das roupas de uso hospitalar da gestante	
			Acomodação adequada para o acompanhante da gestante no alojamento conjunto	
			Maca com colchonete e lençol	
			Qualidade e quantidade satisfatória das refeições oferecidas pelo hospital	
			Segurança assegurada às gestantes e recém-nascidos (controle de entrada/saída de pessoas no alojamento conjunto)	

Fonte: elaborada pela autora.

DIMENSÃO	DESCRITORES	ATRIBUTOS	ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	SUJEITO
CAPACIDADE INSTALADA	Disponibilidade de recursos físicos e humanos necessários a resolutividade da demanda de atendimento para a realização dos partos da população referenciada	Porte da Maternidade	Atendimento de gestantes no corredor	Pesquisadora
			Puérperas acomodadas em cadeiras no alojamento conjunto	
			Puérperas dividindo leitos com recém-nascidos	
			Escalas completas de médicos ginecologistas obstetras	
			Escalas completas de médicos Deontologistas	
			Número de leitos obstétricos	
			Número de leitos em UTI neonatal	
			Número de leitos em UTI adulto	
			Adequação da quantidade de enfermeiros ao volume de atendimentos	
			Adequação da quantidade de técnicos de enfermagem ao volume de atendimentos	
			Quantitativo de atendimentos por turno	
			Espaço integrado pré-parto, parto e pós-parto (Espaço PPP)	
			Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	

Fonte: elaborada pela autora.

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DAS USUÁRIAS**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

DIMENSÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
1 - DATA:	2 - HORA:
3 - CÓDIGO DA USUÁRIA:	4- N. QUESTIONÁRIO: <input type="text"/>

Data de Digitação: ____ / ____ / ____

DIMENSÃO 2- CARACTERIZAÇÃO DAS USUÁRIAS	
5- A Sr. ^a tem quantos anos? _____	
6- Qual a sua raça/cor? (1) Parda/morena (2) Negra (3) Branca (4) Amarela (5) Outra: _____	
7- Qual a sua situação conjugal? (1) Solteira (2) casada (3) viúva (4) união estável	
8- 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	
9- Qual a sua renda mensal? (1) até 1 salário mínimo (2) > de 1 salários mínimos (3) ≥ 3 salários mínimos.	
10- A Sr. ^a possui algum benefício social? (1) Sim (2) Não	
11- A Sr. ^a mora em que cidade? _____	
12- Qual o local da residência? (1) Urbana (2) Rural	
13- Existe saneamento básico no local que a sra. reside? (1) Sim (2) Não	
14- Qual foi o tipo de parto? (1) Normal (2) Cesárea	
15- Quantos filhos a Sr. ^a tem? (1) 1 filho (2) 2 filhos (3) 3 filhos (4) 4 filhos (5) 5 filhos (6) 6 filhos ou mais	
16- Quantas gestações a Sr. ^a teve? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis ou mais	
17- Seu filho nasceu com que peso? _____	
18- Seu filho nasceu com quantas semanas de gestação? _____	
19- O filho da Sr. ^a está saudável? (1) Sim (2) Não	
20- Esse último parto foi realizado por: (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Médico(a) e Enfermeiro(a) (4) Não sabe	
21- Qual a data da sua internação? _____	

DIMENSÃO 3- AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL PARTO e PÓS PARTO	
22- A sra. realizou pré-natal? (1) Sim (2) Não	
23- Como a sua gestação foi diagnosticada? (1) Baixo Risco (2) Alto Risco (3) Não Sabe	
24- Em que cidade a sra. realizou o pré-natal? _____	
25- Onde você realizou o pré-natal? (1) PSF/UBS (2) Unidade Especializada (3) Nesse hospital (4) Outro Hospital	
26- O pré-natal teve início em que período da gestação? (1) 1 a 3 meses (2) 4 a 6 meses (3) 7 a 9 meses	
27- Realizou quantas consulta pré-natal? (1) nenhuma (2) 1 a 3 consultas (3) 4 a 6 consultas (4) 7 ou mais	

28- Durante o pré-natal você foi informada onde iria realizar o parto? (1) Sim (2) Não										
29- Em relação a assistência recebida durante o pré-natal, de forma geral, a Sr.^a a qualifica como:										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30- Em quantas unidades a sra. foi até chegar aqui? (1) somente essa (2) 2 unidades (3) 3 unidades ou mais										
31- A Sr.^a veio para essa unidade com senha ou encaminhamento de outro serviço? (1) Sim (2) Não										
32- 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										
33- Em quanto tempo você chegou a essa unidade? (descrever o tempo em minutos/horas)										
34- Se a sra. veio transferida de outra unidade, como qualifica o transporte que a trouxe (condições do veículo, motorista, velocidade)?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
35- Você recebeu de auxílio financeiro para viabilizar o transporte até essa unidade onde foi realizado o parto? (1) Sim (2) Não										
36- Quanto tempo a sra. esperou para ser atendida no hospital? (descreva o tempo em minutos e/ou horas)										
37- Como a sra. qualifica esse tempo em que esperou para ser atendida na recepção?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
38- Em relação à gentileza dos profissionais na recepção, a sra. qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
39- Em relação ao atendimento recebido na recepção da unidade, de forma geral, a Sr.^a a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
40- Como a sra. qualifica esse tempo em que esperou para ser atendida pela equipe de saúde?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
41- Em relação ao respeito dos profissionais durante o atendimento, a Sr.^a a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
42- Em relação à sua confiança nos profissionais durante o atendimento, a Sr.^a a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
43- Em relação à privacidade, durante o tempo em que esteve na unidade, a Sr.^a a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
44- A Sr.^a recebeu alguma técnica não medicamentosa para alívio da dor, durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não										
45- A Sr.^a recebeu alguma medicação para alívio da dor, durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não										
46- Em relação ao apoio dos profissionais, em seus momentos de dor e medo, a Sr.^a a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
47- A sra. sofreu algum tipo de violência durante o atendimento nesse hospital? (1) Sim (2) Não										
48- 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 ameaçou, humilhou ou se negou a oferecer algum tipo de alívio para dor)										

49- Em relação à possibilidade para fazer perguntas e receber orientações dos profissionais quando precisou, a sra. qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
50- Houve permissão da presença do seu acompanhante, durante o tempo em que permaneceu na unidade? (1) Não (2) Apenas durante o pré-parto (3) No pré-parto e pós-parto (4) No pré-parto, parto e pós-parto (5) Apenas no pós-parto (6) Não se aplica										
51- Ainda na sala de parto, a sra. teve contato pele a pele com o seu bebê? (1) Sim (2) Não										
52- Ainda na sala de parto, seu bebe mamou? (1) Sim (2) Não										
53- Seu bebê precisou de algum cuidado especial listado abaixo? (1) UTI (2) Incubadora (3) Berço aquecido (4) Nenhum desses										
54- A sra. ficou no mesmo ambiente que seu bebê durante o tempo que esteve na unidade (alojamento conjunto)? (1) Sim (2) Não										
55- Você recebeu orientação e estímulo para amamentar o seu bebê? (1) Sim (2) Não										
56- 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										
57- Se a sra. recebeu orientação sobre os cuidados com o bebê, como qualifica essas orientações?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
58- Em relação a qualidade do trabalho dos médicos, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
59- Em relação a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
60- Em relação à possibilidade de fazer reclamações, e ou emitir opiniões, no período em que esteve na unidade, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
61- Em relação à temperatura na enfermaria, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
62- Em relação ao barulho na enfermaria, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
63- Em relação ao conforto na enfermaria, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
64- Em relação à limpeza na enfermaria, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
65- Em relação à qualidade e quantidade das refeições oferecidas na unidade, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
66- Em relação à quantidade e qualidade das roupas (paciente e leito), a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
67- Em relação ao atendimento recebido no hospital, de forma geral, a sra. a qualifica como?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
68- Se a sra. pudesse escolher, teria outro bebê nessa unidade? (1) Sim (2) Não										

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO
--

DIMENSÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1- DATA:	2- HORA:
3- NO. QUESTIONÁRIO:	

Data de Digitação: ____ / ____ / ____

DIMENSÃO 2- OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

4- Há acolhimento com classificação de risco implantado na unidade? (1) Diurno (2) Noturno (3) Ambos	
5- Qual o tempo (em minutos) a usuária passou para ser atendida na recepção? _____	
6- Como as gestantes são encaminhadas à outras unidades? (1) Ficha de Encaminhamento (2) Central de Regulação (3) Telefone (4) Outro	
7- Como você avalia o atendimento na recepção? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Excelente (6) Não se aplica	
8- Há leitos para Cuidados Intermediários Neonatais? (1) Sim (2) Não	
9- Há leitos em UTI adulto? (1) Sim (2) Não Quantos _____	
10- Há leitos em UTI neonatal? (1) Sim (2) Não Quantos _____	
11- Há pacientes dividindo leitos/macass, na enfermaria? (1) Sim (2) Não	
12- Há mães dividindo o leito com o bebê? (1) Sim (2) Não	
13- Há pacientes em cadeiras, na enfermaria? (1) Sim (2) Não	
14- Há pacientes sendo atendidas no corredor? (1) Sim (2) Não	
15- Como você avalia o atendimento na enfermaria? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Excelente (6) Não se aplica	
16- Como você avalia a privacidade na enfermaria? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Excelente (6) Não se aplica	
17- Qual o estado de conservação dos leitos/macass? (1) Adequado (2) Inadequado	
18- A escala de Obstetras está completa: (1) Sim (2) Não	
19- A escala de Neonatologistas está completa: (1) Sim (2) Não	
20- A escala da equipe de Enfermagem está completa: (1) Sim (2) Não	
21- Tem espaço adequado de acomodação para o acompanhante da parturiente? (1) Sim (2) Não	

22- Há lugar (espaço adequado) para usuária guardar seus pertences? (1) Sim (2) Não	
23- A limpeza na enfermaria é: (1) Adequada (2) Inadequada	
24- O barulho na enfermaria é: (1) Adequada (2) Inadequada	
25- A temperatura na enfermaria é: (1) Adequada (2) Inadequada	
26- Há divulgação da ouvidoria? (1) Sim (2) Não	
27- De maneira geral, a Unidade apresenta condições adequadas para um atendimento de qualidade? (1) Sim (2) Não	
28- Possui espaço PPP implantando e funcionando? (1) Sim (2) Não	
29- Possui casa da gestante em funcionamento? (1) Sim (2) Não	

APÊNDICE D – TCLE USUÁRIAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO”



Prezada Usuária do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, segundo a capacidade instalada (porte da maternidade), às condições de atendimento e assistência recebida pelas gestantes no ano de 2019, realizada pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido na unidade 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;
- A pesquisa trará como benefícios a) Identificar a capacidade instalada de uma maternidade de Referência Regional no interior do estado de Pernambuco; b) Conhecer os aspectos relacionados à assistência prestada e as condições de atendimento da maternidade; c) Caracterizar a qualidade da atenção obstétrica na unidade; d) Contribuir para a melhoria da assistência obstétrica no SUS;
- A pesquisa poderá gerar risco de constrangimento durante a aplicação do questionário, porém será feito o possível para minimizá-lo;
- Haverá ressarcimento caso venha ter despesas e indenização por vias legais caso venha a ter algum dano pela participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Isabella Macedo de Freitas Oliveira, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 99730-5936 ou através do e-mail: isbellamfreitas15@gmail.com.

O projeto passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto 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

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20 ____.

Isabella Macedo de Freitas Oliveira

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE E – TALE (Para crianças e adolescentes)**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO”**

Prezada Usuária do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, segundo a capacidade instalada (porte da maternidade), às condições de atendimento e assistência recebida pelas gestantes no ano de 2019, realizada pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido na unidade 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;
- A pesquisa trará como benefícios a) Identificar a capacidade instalada de uma maternidade de Referência Regional no interior do estado de Pernambuco; b) Conhecer os aspectos relacionados à assistência prestada e as condições de atendimento da maternidade; c) Caracterizar a qualidade da atenção obstétrica na unidade; d) Contribuir para a melhoria da assistência obstétrica no SUS;
- A pesquisa poderá gerar risco de constrangimento durante a aplicação do questionário, porém será feito o possível para minimizá-lo;
- Haverá ressarcimento caso venha ter despesas e indenização por vias legais caso venha a ter algum dano pela participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Isabella Macedo de Freitas Oliveira, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 99730-5936 ou através do e-mail: isbellamfreitas15@gmail.com.

O projeto passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto 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

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20__.

Isabella Macedo de Freitas Oliveira

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE F – TCLE RESPONSÁVEL**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO”**

Prezado responsável pela Usuária do Sistema Único de Saúde:

A criança/adolescente está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência obstétrica no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, segundo a capacidade instalada (porte da maternidade), às condições de atendimento e assistência recebida pelas gestantes no ano de 2019, realizada pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães.

A participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista aos pesquisadores que perguntarão a opinião sobre o atendimento recebido na unidade de saúde.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- A participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento 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;
- A pesquisa trará como benefícios a) Identificar a capacidade instalada de uma maternidade de Referência Regional no interior do estado de Pernambuco; b) Conhecer os aspectos relacionados à assistência prestada e as condições de atendimento da maternidade; c) Caracterizar a qualidade da atenção obstétrica na unidade; d) Contribuir para a melhoria da assistência obstétrica no SUS;
- A pesquisa poderá gerar risco de constrangimento durante a aplicação do questionário, porém será feito o possível para minimizá-lo;
- Haverá ressarcimento caso venha ter despesas e indenização por vias legais caso venha a ter algum dano pela participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Isabella Macedo de Freitas Oliveira, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 99730-5936 ou através do e-mail: isabellamfreitas15@gmail.com.

O projeto passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto 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

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20 ____.

Isabella Macedo de Freitas Oliveira

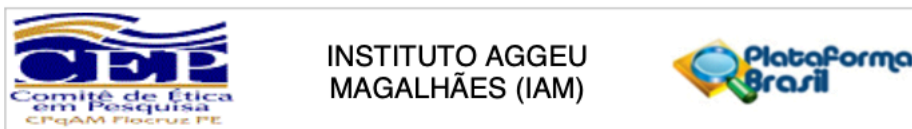
DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação nessa pesquisa e concordo com a participação.

Vitória de Santo Antão, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da entrevistada

ANEXO A – PARECER DO CEP DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS: O CASO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Isabella Macedo de Freitas Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14300719.5.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.454.504

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do programa de pós graduação em saúde pública do IAM, que se propõe a desenvolver um estudo de caso na maternidade do Hospital João Murilo de Oliveira (HJMO), com uma amostra de 300 usuárias internadas durante o pós-parto imediato, bem como a realizar observação sistemática do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da assistência obstétrica no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Objetivo Secundário:

a) Descrever o perfil das puérperas assistidas no Hospital de referência João Murilo de Oliveira; b) Avaliar assistência recebida durante o atendimento na unidade, na perspectiva das usuárias; c) Caracterizar a capacidade instalada e condições

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.454.504

de atendimento no parto e pós-parto imediato da maternidade;d) Realizar uma avaliação síntese da qualidade da assistência obstétrica, no Hospital João Murilo de Oliveira

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi considerado risco de constrangimento, que está descrito no TCLE e TALE. Os benefícios também foram apresentados nesses documentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante onde serão obtidas informações que auxiliarão na análise da qualidade da assistência obstétrica no Hospital João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos anexados e não há pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa sem pendências conforme as diretrizes e normas vigentes da eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos.

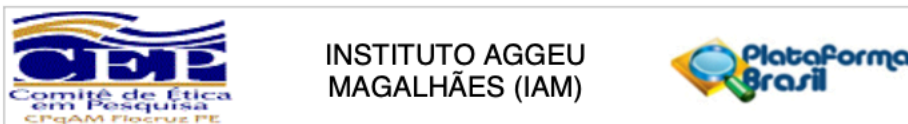
Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1353514.pdf	10/07/2019 11:11:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/07/2019 11:10:10	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	10/07/2019 10:59:18	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE1.pdf	10/07/2019	Isabella Macedo de	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.454.504

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	10:59:05	Freitas Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	10/07/2019 10:27:58	Maria Almerice Lopes da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.jpg	03/07/2019 10:26:43	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito
Outros	decl_de_compromisso.pdf	21/05/2019 14:32:07	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito
Outros	decl_de_participacao.pdf	21/05/2019 14:31:34	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ISABELLA.pdf	16/05/2019 18:30:43	Isabella Macedo de Freitas Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 15 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br