



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA ALMEIDA NEVES DE OLIVEIRA

QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL EM REGIÃO DE SAÚDE
DO CEARÁ: VISÃO DA PUÉRPERA

FORTALEZA

2017

CAMILA ALMEIDA NEVES DE OLIVEIRA

**QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL EM REGIÃO DE SAÚDE
DO CEARÁ: VISÃO DA PUÉRPERA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Priscila de Souza Aquino.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O46 Oliveira, Camila Almeida Neves de.
Qualidade do cuidado materno e neonatal em região de saúde do Ceará : visão da puérpera / Camila Almeida Neves de Oliveira. – 2017.
113 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.
1. Avaliação em Saúde. 2. Serviços de Saúde Materna. 3. Saúde Materno-Infantil. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

CAMILA ALMEIDA NEVES DE OLIVEIRA

QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL EM REGIÃO DE SAÚDE DO
CEARÁ: VISÃO DA PUÉRPERA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Priscila de Souza Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Paula Renata Amorim Lessa Soares
Instituto Federal do Ceará (IFCE)

Prof. Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, José Ailson e Maria Janiete.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me presenteado com saúde e o dom da perseverança, estes imprescindíveis para a realização de mais uma conquista, que aos poucos está se tornando real.

Aos meus amados pais José Ailson e Maria Janiete, fontes de eterna admiração, respeito e amor, pelo incentivo, orações, suporte e paciência dedicadas em todos os momentos da minha caminhada. Essa vitória é e sempre será de e por vocês!!

Às minhas amadas irmãs Caroline e Carine, as quais foram fundamentais ao longo dessa jornada, ofertando carinho e apoio em momentos essenciais da minha vida, e especialmente, ao longo desses dois anos, repletos de mudanças, dificuldades e tristezas, mas, sobretudo, de aprendizado e crescimento da nossa família.

Ao meu amigo, companheiro e amor Edilson pelos ensinamentos, dedicação, incentivo e paciência, assim como pelo suporte e cuidado dispensados todos os dias desde o nosso encontro. Amo você, hoje e sempre!!

À minha querida avó materna Olívia, que apesar da distância sempre esteve presente, confiando acima de tudo no meu potencial intelectual o que, inúmeras vezes, serviu-me como revigoramento. Assim como, aos meus avós paternos Aduino (in memoriam) e Maria, os quais sempre acreditaram no meu sucesso, incentivando a buscá-lo a cada dia.

À minha querida amiga, eterna mestre e fonte de inspiração Eduarda Rodrigues, pela acolhida, suporte e incentivo ao longo de mais uma etapa formativa, bem como pela amizade e carinho desde o primeiro momento.

Aos meus companheiros de jornada da turma 2015.1, pela acolhida, convivência, ajuda e parceria ao longo desses dois anos de aprendizados e crescimento em todos os sentidos, e, em especial aos colegas Karízia Vilanova, Eveliny Martins, Carol Aquino, Geórgia Alencar e Renan Alves pela amizade e carinho dispensados desde o início da nossa caminhada.

À minha parceira e colaboradora de pesquisa Sâmia Monteiro, pelo auxílio, disposição e contribuição ao longo da coleta e análise de dados, mostrando-me como o trabalho em equipe é valoroso e primordial.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela atenção e conhecimentos dispensados ao longo deste percurso, os quais me incitaram a buscar o aprimoramento e formação como profissional competente e futura docente.

À Prof.^a Dr.^a Priscila de Souza Aquino, a qual evidenciou, desde o início, ampla

satisfação em direcionar-me ao longo desta jornada, assim como pela compreensão, ensinamentos e amizade. És um ser iluminado e uma fonte de inspiração, sou muito grata por toda a atenção dispensada ao longo desses dois anos de muito aprendizado e, que venham muitos outros mais. Muito Obrigada!!

Aos professores participantes da banca examinadora Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro, Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro, Dr. Antonio Germane Alves Pinto e Dr.^a Paula Renata Amorim Lessa Soares, os quais sempre foram solícitos e compreensivos, pela paciência, apoio, disponibilidade e valiosas contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio, a qual foi primordial ao longo desse percurso formativo.

Às puérperas que se dispuseram a participar do estudo, pela disponibilidade, empatia e paciência ao longo de toda a coleta de dados.

Enfim, a todos que cooperaram direta ou indiretamente com esta conquista, mais uma das muitas que se seguirão. Muito Obrigada!

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

RESUMO

A redução da morbimortalidade materna e neonatal está fundamentada na abordagem da qualidade dos cuidados ofertados durante o período gravídico-puerperal, em atuação na perspectiva da prevenção. O Quality Maternal and Newborn Care (QMNC), referencial de qualidade da atenção obstétrica e neonatal padrão-ouro internacional, é constituído de elementos essenciais para a avaliação das práticas e dos cuidados efetivos necessários às mulheres e recém-nascidos. Nesta ótica, a avaliação das práticas desempenhadas atualmente na estratégia Rede Cegonha, tendo como embasamento o QMNC, faz-se necessária, haja vista a completude do modelo, por seu rigoroso processo de construção e vasto referencial teórico utilizado. Objetivou-se avaliar a qualidade do cuidado ofertado à mulher e ao recém-nascido sob a ótica da puérpera. Estudo avaliativo, realizado em maternidade de referência para os 10 municípios pertencentes à 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará, localizada em Iguatu-CE. A amostra foi composta por 92 puérperas, as quais foram entrevistadas durante o período de outubro a dezembro de 2016, mediante a adequação aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. A análise estatística e cruzamento das variáveis foram realizados no software SPSS, versão 22.0. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Nesta perspectiva, apreende-se que as puérperas encontravam-se na idade até 29 anos (76,1%), eram primíparas (56,5%), procedentes do município pólo da Região (56,5%), com companheiro estável (79,8%), exerciam atividade extra-lar (50%), apresentaram entre 5 a 12 anos de estudo (88,8%) e detinham um rendimento mensal familiar entre um salário mínimo ou inferior (61,9%). Na categoria educação, informação e promoção da saúde constatou-se uma maior prevalência entre seis e nove (64,4%) consultas pré-natais sendo realizadas conjuntamente por enfermeiros e médicos (94,5%), com referência ao enfermeiro pela maior parte das orientações prestadas ao longo das consultas (60,4%). Na categoria avaliação, triagem e planejamento do cuidado evidenciou-se a gestação de baixo risco (92,3%), com realização dos exames preconizados em taxas superiores a 80%, todavia, o profissional responsável pelo acompanhamento do parto foi o médico (85,7%), em detrimento do enfermeiro obstetra. Quanto à categoria promoção de processos normais e prevenção de complicações verificou-se discreta sobreposição do parto normal (52,2%) à cesárea (47,8%), contudo, não há o preenchimento adequado do partograma (26,1%), estímulo à adesão de posições verticais durante o parto (12,0%) e clampeamento tardio do cordão umbilical (3,3%), práticas consideradas benéficas para a qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Já na categoria gestão de primeira linha e tratamento de

complicações graves identificou-se a prevalência para infecção do trato urinário na gestação (54,3%), seguido pelo tratamento (67,6%), enquanto no recém-nascido as intercorrências foram predominantes no puerpério, com prevalência de desconforto respiratório (42,9%). Ademais, apenas o número de abortos esteve associado à ocorrência de complicações. Destarte, infere-se que mudanças no cuidado materno-infantil estão acontecendo neste âmbito, porém ainda há necessidade de adequação de algumas práticas benéficas não utilizadas, o que poderá ser revertido com o tempo, investimento, capacitação dos profissionais e a estruturação completa dos equipamentos de saúde que compõem a Rede.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Materna. Saúde Materno-Infantil. Enfermagem.

ABSTRACT

The reduction of maternal and neonatal morbimortality is based on the approach to quality of health care during the pregnancy-puerperal period, with a view to prevention. Maternal and neonatal care quality (QMNC), referential quality of obstetric and neonatal care international gold standard, consists of essential elements for an evaluation of practices and effective care needed for women and newborns. In this perspective, the evaluation of practices currently performed in Rede Cegonha strategy, having as basis the QMNC, it is necessary, given the completeness of the model, for its rigorous process of building and broad theoretical framework. The objective was to evaluate the quality of care of the woman and the newborn from the perspective of the puerperal woman. Evaluative study, carried out in reference maternity for the 10 municipalities belonging to the 18th Health Region of the State of Ceará, located in Iguatu-CE. The sample consisted of 92 puerperae, who were interviewed during the period of October to December of 2016, y adjusting the pre-established inclusion criteria. Statistical analysis and cross-checking of variables were performed in SPSS software, version 22.0. The study was approved by the Assis Chateaubriand School Maternity Research Ethics Committee. In this perspective, it was observed that the puerperae were at the age of 29 years old (76.1%), were primiparous (56.5%), coming from the municipality of the Region (56.5%), with a stable partner (79.8%), practiced extra-household activity (50%), had between 5 and 12 years of education (88.8%) and had a monthly family income between a minimum or lower wage (61.9%). In the category education, information and health promotion, a higher prevalence was found between six and nine (64.4%) pre-natal consultations being performed jointly by nurses and physicians (94.5%), with reference to the nurse for most of the guidelines provided in the consultations (60.4%). In the category of evaluation, screening and care planning, low-risk gestation was evidenced (92.3%), with the recommended tests performed at rates above 80%, however, the professional responsible for the delivery of the child was the physician (85,7%), to the detriment of the obstetrician nurse. As for the category promotion of normal processes and prevention of complications, there was a slight overlap of normal delivery (52.2%) to cesarean section (47.8%); however, there was no adequate filling of the partograph (26.1%), stimulation for adhesion of vertical positions during labor(12.0%) and late clamping of the umbilical cord (3.3%), practices considered beneficial for the quality of obstetric and neonatal care. In the category first-line management and treatment of severe complications, the prevalence of urinary tract infection during pregnancy was identified (54.3%), followed by treatment (67.6%), while in the newborn complications were

predominant in the puerperium, with a prevalence of respiratory discomfort (42.9%). Furthermore, only the number of abortions was linked to the occurrence of complications. Thus, it is inferred that changes in maternal and child care are happening in this scope, but there is still a need to adapt some unused charitable practices, which can be reversed over time, investment, training of professionals and complete structuring of the health equipment that make up the Rede Cegonha.

Keywords: Health Evaluation. Maternal Health Services. Maternal and Child Health. Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016. 47
- Tabela 2 – Distribuição das variáveis referentes ao componente educação, informação e promoção da saúde das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez.,2016. 49
- Tabela 3 – Distribuição das variáveis referentes ao componente avaliação, triagem e planejamento do cuidado das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez.,2016. 51
- Tabela 4 – Distribuição das variáveis referentes ao componente promoção de processos normais e prevenção de complicações das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016. 54
- Tabela 5 – Distribuição das variáveis referentes aos componentes gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016. 56
- Tabela 6 – Associação das variáveis sociodemográficas e reprodutivas ao tipo de puerpério. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016. 58
- Tabela 7 – Associação das variáveis clínicas e reprodutivas ao tipo de puerpério. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016. 59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes do The Framework for Quality Maternal and Newborn Care.....	37
Figura 2 – Desenho da Rede Cegonha na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CMM	Comitês de Mortalidade Materna
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNMM	Comissão Nacional de Morte Materna
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do Trato Urinário
MAC	Média e Alta Complexidade
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MIF	Mulheres em Idade Fértil
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher.....	25
3.2 Reflexões acerca da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil	28
3.3 A Atual Estratégia de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança: Rede Cegonha	32
3.4 Avaliação da Qualidade do Cuidado Obstétrico e Neonatal	36
4 TRAJETO METODOLÓGICO.....	40
4.1 Tipo de Estudo	40
4.2 Cenário do Estudo	40
4.3 População e Amostra.....	42
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	42
4.5 Coleta de Dados	44
4.6 Análise de Dados.....	45
4.7 Aspectos Éticos	45
5 RESULTADOS	47
5.1 Caracterização das puérperas	47
5.2 Categorias Práticas	48
5.2.1 Educação, informação e promoção da saúde.....	49
5.2.2 Avaliação, triagem e planejamento do cuidado.....	51
5.2.3 Promoção de processos normais e prevenção de complicações.....	54
5.2.4 Gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves.....	56
6 DISCUSSÃO	61
6.1 Caracterização das puérperas	62
6.2 Categorias Práticas	63
6.2.1 Educação, informação e promoção da saúde.....	63
6.2.2 Avaliação, triagem e planejamento do cuidado.....	67
6.2.3 Promoção de processos normais e prevenção de complicações.....	71
6.2.4 Gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves.....	74
7 CONCLUSÃO.....	78

REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	88
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	89
ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA ..	90
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	91
APÊNDICES	93
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	94
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	104
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E/OU NEONATAL)	107
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO).....	109
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL LEGAL DE PUÉRPERAS MENORES DE 18 ANOS).....	111

1 INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) se caracteriza pelo desenvolvimento de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, pelo foco nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Esta tem como desígnio a promoção da integração de ações e serviços de saúde, com vistas a possibilitar um cuidado eficiente e qualificado em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários e no progresso dos indicadores (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, foram instrumentalizadas as Redes de Atenção à Saúde Temáticas, por meio da organização mediante a necessidade de enfrentamento das vulnerabilidades, agravos ou doenças que mais acometem a população brasileira. Assim, estas foram divididas em cinco áreas prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. É relevante delinear que todas as Redes são transversalizadas pelos pontos qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, tem como finalidade ampliar o acesso e aperfeiçoar a qualidade do cuidado pré-natal, a assistência ao parto e puerpério, bem como a assistência à criança até os 24 meses de vida. Deste modo, o governo federal objetiva promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, ao constituir a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, além da redução da mortalidade materno-infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b; MARTINELLI et al., 2014).

A Rede Cegonha é composta por quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, com transporte sanitário e regulação. Os avanços embutidos em sua proposta relacionam-se também à gestão do cuidado, ao incorporar os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), como o acolhimento com classificação de risco; o projeto terapêutico singular, expresso como plano de expectativas para o parto, a ser implantado onde seja viável; o trabalho em equipe multiprofissional de forma transdisciplinar e complementar; o aperfeiçoamento do processo de trabalho, com adoção humanizada e práticas com base em

evidências científicas. Esta última tem como princípios norteadores o trabalho mediante as melhores evidências, a consideração da experiência dos profissionais e a realidade local associada às preferências dos usuários para a tomada de decisão do cuidado (RATTNER, 2014; PIMENTA et al., 2015).

Cavalcanti et al. (2013) delineiam que alguns fatores têm dificultado a progressão dos indicadores relacionados à saúde da mulher e da criança, tais como: o financiamento escasso; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e serviços de saúde; a organização dos serviços; e a produção do cuidado, a qual tende a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente nos processos de gestar, parir e nascer. Ou seja, no cenário da atenção ao parto no Brasil, permeia o pior dos dois aspectos: a carência de tecnologia adequada (como a incorporação de práticas baseadas nas evidências científicas) e o excesso de tecnologia inadequada (como a realização de procedimentos cirúrgicos sem a devida indicação). Desse modo, as contribuições dos avanços técnico-científicos são notórias, todavia a desvalorização do parto natural e a valorização crescente de intervenções denotam o quanto a população carece de informações baseadas nas boas práticas e de educação em saúde, posto que uma parcela significativa de mulheres e recém-nascidos não dispõe de uma assistência suficiente e efetiva, assim como um percentual mínimo detém um aporte de cuidados além das necessidades em questão, as quais em demasia interferem igualmente na qualidade da atenção prestada ao binômio (LEÃO et al., 2013).

Ao longo do processo evolutivo, o parto foi sendo modificado por meio da incorporação de equipamentos, medicamentos e procedimentos desnecessários, porém a humanização da assistência envolve essencialmente que o profissional respeite a fisiologia feminina, ao não intervir desnecessariamente, reconhecendo os aspectos psicossociais e culturais da mulher e de sua família. Diante desses apontamentos, a Enfermagem se fez presente participando dos debates iniciais acerca da saúde da mulher com os movimentos sociais feministas em defesa da humanização do pré-natal e nascimento, favorecendo a criação de portarias ministeriais referentes ao desempenho do enfermeiro na assistência integral durante o período gravídico-puerperal, ao compreender que a sua participação é fundamental para redução dos riscos e intervenções nos serviços de saúde (GRAMACHO; SILVA, 2014).

Percebe-se que no Brasil há o investimento e priorização das políticas públicas de saúde voltadas para esta problemática, ao passo que desde a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, passando pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004, e chegando mais recente com a Rede Cegonha, em 2011, esforços estão sendo realizados com o intuito de reverter este panorama e conseqüentemente efetivar a melhoria da assistência. Contudo, é válido mencionar que mesmo com estas iniciativas ainda existem grandes barreiras a serem suplantadas, especialmente relacionadas à real efetivação dessas políticas e do acompanhamento da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde (CASSIANO et al., 2014).

A Pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, recomendou a urgência na reformulação do modelo de atenção ao parto e nascimento no país, posto que diversos desfechos adversos identificados apresentaram associação com problemas na qualidade da assistência. Constatou-se que todos os anos, cerca de um milhão de mulheres são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, sendo expostas a elevados riscos de morbimortalidade. Do mesmo modo, quando relativo ao parto vaginal a situação não se modifica, haja vista que houve o predomínio de um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis na atualidade (CHAVES, 2014; LEAL et al., 2014; VALE et al., 2015).

Em continuidade, destaca-se que ao longo das últimas décadas a proporção de partos cesáreas no Brasil encontra-se entre uma das maiores do mundo, tendo em vista que esse acréscimo mantém-se constante na maior parte dos países e não há uma perspectiva de reversão dessa tendência. De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a proporção de cesáreas no país elevou-se de 37,8% em 2000 para 43,2% em 2005 e 52,2% em 2010. Dentre as causas fundamentais comumente atreladas à ampliação deste procedimento cirúrgico, como a possibilidade de redução da dor associada ao parto vaginal e medicalização do parto, destaca-se que estes tendem a tornarem-se mais importantes com a ampliação dos sistemas de saúde, especialmente quando relativo aos países em desenvolvimento (CHIAVEGATTO FILHO, 2013).

Estudos recentes acerca da temática em questão delineiam que 289 mil mulheres no mundo morrerão durante o período gravídico-puerperal, mediante estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) no período de 1990 a 2013. Deste modo, representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, todavia, esta taxa encontrou-se distante da redução de 75% das mortes maternas até 2015, conforme pactuado para a consecução da 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Quando referente à mortalidade infantil, neste mesmo período, estimava-se que 2,6 milhões seriam natimortos e 2,9 milhões de crianças morreriam no primeiro mês de vida. A compreensão

desse panorama faz-se importante tendo em vista que a má qualidade do cuidado prestado resulta não apenas na mortalidade, assim como contribui para a morbidade clínica e psicológica aguda e crônica para cerca de 20 milhões de mulheres que sobrevivem, com um efeito duradouro sobre a saúde física, psicossocial e bem-estar de mães e crianças (RENFREW et al., 2014).

É relevante destacar ainda que apesar do grau e tipo de risco relativo à gravidez, parto, puerpério e primeiras semanas de vida diferirem entre os países e suas próprias configurações, a necessidade de implementação de avanços eficazes, sustentáveis e acessíveis na qualidade dos cuidados é comum a todos. Assim, conhecimentos inovadores fazem-se indispensáveis para suprimir a mortalidade e morbidade materna e neonatal evitável, bem como corroborar a tomada de decisão para a atenção à saúde universal, a agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015 das Nações Unidas, as ações mais efetivas para estratégia global para saúde das mulheres e crianças e plano de ação para cada recém-nascido (WHO, 2013; UNICEF, 2013).

O acesso e a disponibilidade de cuidados médicos são fatores necessários, contudo, não são suficientes, posto que em contextos onde os esforços se concentraram no aumento do acesso aos cuidados institucionais, em países como a Índia e Etiópia, não houve significativa concretização de acréscimo na qualidade da saúde materna e neonatal. Na verdade, as evidências científicas disponíveis nos dias atuais delineiam que o aumento do acesso e a utilização dos serviços hospitalares por si só não traduzem necessariamente em melhores desfechos maternos e neonatais, assim como, estes não garantem o aumento da utilização dos serviços ou maior satisfação da cliente. De tal modo, acredita-se que a explicação mais aceitável para esta realidade persista sendo a má qualidade dos cuidados ofertados pelos prestadores do serviço em questão (AUSTIN et al., 2014; KAMBALA et al., 2015).

Segundo Gramacho e Silva (2014), as evidências de avaliação de modelos internacionais corroboram que os países como Inglaterra, Japão e Holanda que mantiveram a valorização de enfermeiras obtiveram redução dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil, assim como decréscimo nas taxas de intervenções, ao passo que as políticas atuais acreditam que a atuação deste profissional poderá favorecer uma atenção qualificada. Neste sentido, nas últimas décadas vem ocorrendo a qualificação de enfermeiras obstetras para inserção na assistência ao parto normal, como medida de humanização dos serviços de saúde e conseqüente consolidação da prática de enfermagem para o acompanhamento de gestações de baixo risco e partos de risco habitual. O cuidado humanizado de enfermagem à parturiente pauta-se na escuta compassiva e responsável com as necessidades da mulher e sua família,

tendo o suporte biopsicossocial, ao efetivar a sua abordagem na manutenção do equilíbrio e bem-estar de todos os atores envolvidos.

A importância da avaliação da qualidade do processo de assistência é imprescindível, ao preconizar a comparação de procedimentos utilizados na assistência com normas e procedimentos recomendados cientificamente e considerados padrão-ouro internacional. Desde modo, faz-se necessário atentar para estes tipos de estudos, tendo em vista que, quando relativos à melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil ressalta-se que, a monitorização e avaliação dos projetos de implementação em grande escala não tem desenvolvido indicadores adequados para a avaliação da qualidade do cuidado, assim como quando há indicadores significativos, os dados nem sempre são confiáveis (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; RAVEN et al., 2011).

O Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) é um modelo de atenção construído internacionalmente a partir de uma estrutura conceitual, e emprega a melhor evidência disponível para avaliação das práticas e cuidados efetivos que as mulheres e recém-nascidos necessitam, haja vista que a sua construção foi realizada mediante a exaustiva análise das evidências disponíveis após três revisões sistemáticas com o parecer de 35 especialistas e lições aprendidas em três grandes países em transição: China, Índia e Brasil. Os componentes essenciais considerados são as práticas eficazes, a organização da assistência, a filosofia e os valores dos prestadores de cuidados que trabalham no sistema de saúde, bem como as características dos prestadores de cuidados. Assim, pode ser utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados, planejar o desenvolvimento da força de trabalho, alocação de recursos, identificar lacunas em evidências para a investigação futura e pode ser individualizado para atender às demandas específicas da demografia da população e da saúde, dos recursos disponíveis, e do contexto político, social e cultural em função de cada sistema de saúde (RENFREW et al, 2014).

Dessa forma, o QMNC torna-se embasamento teórico relevante para a avaliação da qualidade do cuidado realizada a partir das práticas preconizadas pela Rede Cegonha, uma vez que apresenta uma estrutura conceitual bem definida, haja vista a completude do modelo, por seu rigoroso processo de construção, vasto referencial teórico utilizado e por contemplar diversos requisitos necessários para um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade. O modelo em questão descreve desde as características de cuidados necessários para mulheres, recém-nascidos e famílias durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como identifica o que o sistema de saúde precisa ofertar em uma assistência de alta qualidade e como este oferece suas funções para a consecução dos seus objetivos dentro de qualquer contexto particular.

Nesta perspectiva, torna-se imperativo reconhecer que o processo de crescentes mudanças e adequações estruturais da Rede de Saúde Materno-infantil na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará necessita passar por uma avaliação, tendo em vista que a Maternidade do Hospital Regional de Iguatu foi recentemente inaugurada e iniciou o atendimento às gestantes, puérperas e neonatos conforme o preconizado no atual modelo vigente no país. Diante desta atual conjuntura, surgiu a seguinte pergunta norteadora: como está a qualidade do cuidado ofertado à mulher e ao recém-nascido na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará?

Deste modo, destaca-se que o interesse pela temática em questão surgiu ao longo da trajetória profissional e acadêmica, primeiramente enquanto Residente da ênfase em Saúde Coletiva tendo como cenário de prática a atuação na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), ao participar da construção do Plano Regional da Rede Cegonha, e, em seguida, enquanto Mestranda, ao participar do Projeto de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, no qual houve a apresentação e aprofundamento quanto ao referido modelo.

A realização do presente estudo fundamenta-se na utilização do QMNC, como referencial de qualidade da atenção obstétrica e neonatal internacional, para a investigação da qualidade das ações desempenhadas na Região, as quais se fazem relevantes uma vez que lacunas poderão ser identificadas ao longo deste percurso, apresentadas aos gestores responsáveis, discutidas com os provedores de cuidados, em especial os profissionais de saúde, e conseqüentemente propostas intervenções para a sua dissolução.

Portanto, este se funda ainda, na relevância acadêmica e social, posto que avaliar a qualidade do cuidado materno-infantil sob o prisma da puérpera contribuirá para a produção de novos saberes, assim como possibilitará o acesso ao conhecimento do agir dos profissionais de saúde atuantes nos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança, subsidiando a sua formação e qualificação. Do mesmo modo, os resultados provenientes serão relevantes para a contextualização acerca da incorporação de uma assistência condizente com o cenário brasileiro contemporâneo das políticas públicas de saúde e sua repercussão nos indicadores de saúde materno-infantis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade do cuidado ofertado à mulher e ao recém-nascido sob a ótica da puérpera;

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar as características sociodemográficas e gineco-obstétricas das puérperas;
- Identificar as práticas de cuidado fornecidas pelos profissionais de saúde a mulheres e recém-nascidos com e sem complicações no puerpério;
- Verificar a associação entre as práticas de cuidado ofertadas e a ocorrência de complicações.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Deste modo, a crescente preocupação com a saúde materno-infantil surgiu como forma de garantir a continuidade da espécie, tendo em vista que as mulheres eram responsáveis pelo futuro da nação (GUERREIRO et al., 2012; FONSECA, JANICAS, 2014).

Em 1948, os princípios dos direitos humanos foram traduzidos em tratados com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos e, entre eles destaca-se a Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, ao constituir que todos os estados signatários têm o dever de adotar medidas para a eliminação da discriminação contra as mulheres e garantia da igualdade de condições entre mulheres e homens, especialmente atinentes ao acesso aos serviços de saúde. A reduzida qualidade do cuidado, a carência de leitos e a distribuição inadequada dos serviços obstétricos caracterizam-se como violação ao direito das mulheres à equidade e assistência. Mediante esta inédita abordagem acerca da mortalidade materna, torna-se nítido compreender que é necessária uma multiplicidade de visões associadas a uma coalizão de forças para que o Estado possa desempenhar o seu dever de proteção à vida e conseqüentemente, tratamento digno para todos os usuários (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira desde a década de 80, em especial o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas no campo da saúde da mulher. A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, significou uma conquista ao colocar em destaque que a saúde da mulher precisava ser abordada em todos os ciclos da vida e não apenas no período da gravidez. Esta foi uma das maiores conquistas do movimento, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público, ao incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério,

em planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (CASSIANO et al., 2014; AQUINO, 2014).

Durante essa crescente mudança o Ministério da Saúde constituiu os Comitês de Mortalidade Materna (CMM), os quais são de natureza interinstitucional e multiprofissional com vistas a analisar todos os óbitos maternos com confidencialidade das informações, porém assinalando medidas de intervenção para a sua prevenção. Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), primordialmente vinculado ao Ministério da Justiça, em 2003 tornou-se um órgão colegiado de caráter consultivo da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, tendo como desígnio a promoção de políticas para extinguir a discriminação contra a mulher e garantir sua participação nas distintas áreas da sociedade. Ademais, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna (CNMM), composta por representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimentos de mulheres e técnicos da área, com vistas à elaboração do diagnóstico da mortalidade materna no país e recomendações para a sua redução (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Mesmo diante de várias iniciativas ao longo desse período, a realidade não havia se alterado e somente no ano 2000, o governo federal instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido. Desencadeia o vínculo entre o binômio mãe e filho logo após o nascimento, assim como garante uma assistência segura, confiável e suave pelos enfermeiros durante toda permanência na maternidade. Um ponto fundamental foi a criação de um sistema de informação e acompanhamento deste programa, o SISPRENATAL, com o objetivo de monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e fornecimento de um conjunto de documentos e indicadores para acompanhar a assistência pré-natal em âmbito municipal e estadual e, por conseguinte aprimorar a gestão destes serviços (MARTINELLI et al., 2014).

Alguns anos depois se iniciou a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) mediante análise dos avanços e retrocessos alcançados até o momento. Construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo suas diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal e seus princípios doutrinários e organizacionais, em 2004 a PNAISM é oficialmente lançada, ao passo que é direcionada para as mulheres em todos os períodos do ciclo biológico vital, resguardadas as

especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais: mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, incluindo as lésbicas e bissexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras. A sua implementação é operacionalizada na prática por meio de um conjunto de ações e atividades, consideradas prioritárias, dentre estas a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2014a).

A literatura reitera que durante a gravidez, processo natural da reprodução humana, a mulher adquire uma carga de risco que tem sido negligenciada, ao passo que uma grande parcela destas mortes poderia ser evitada, mediante o uso de tecnologias apropriadas disponíveis nos dias atuais. Diante do exposto, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado em 2004, com o intuito de realizar o monitoramento da execução de ações de proteção à saúde da mulher e da criança e promover o alcance do 4º e 5º ODM, referentes à redução da mortalidade infantil e materna, que até então se encontravam em vigor. Em continuidade, entre as conquistas atinentes à humanização da assistência ao parto e nascimento tem-se a Lei nº 11.108, de abril de 2005, a qual garante à parturiente o direito a um acompanhante de sua livre escolha durante o período do trabalho de parto, parto e puerpério, no âmbito do SUS (REIS; PEPE, CAETANO, 2011; CASSIANO et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, datada de 2005, delinea a relevância do respeito e autonomia à parturiente em sua totalidade durante todo o atendimento prestado, tendo como princípios estruturantes a adoção do protagonismo dos sujeitos, com corresponsabilização das ações, solidariedade dos vínculos formados, direito dos usuários e participação coletiva no processo de gestão. Diante disso, a assistência preconizada na presente política deveria ser garantida por todas as instituições de saúde do país, ao passo que os profissionais de saúde devem se adaptar a este inédito modelo de cuidado, com vistas a efetivar a política de humanização do parto, acompanhadas da promoção de transformações nas instituições formadoras, no melhoramento da infraestrutura hospitalar e por conseguinte, nas condições de trabalho dos recursos humanos (CARVALHO et al., 2012).

A instituição do Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, concretizou-se como um marco da gestão e do investimento no desenvolvimento da qualidade de saúde no SUS, com a regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, sendo composto por três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. De tal modo, constituiu-se como ações prioritárias a ampliação da saúde materna e neonatal acompanhados de redução da mortalidade materno-

infantil, assim como se tornou obrigatória a inserção dessas ações nos Planos Estaduais e Municipais de saúde, mediante pactuação dos gestores para a obtenção satisfatória destas metas (GIOVANNI, 2013).

No ano de 2011 a Rede Cegonha foi difundida como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde do país, ao romper conceitualmente a visão da mulher, exclusivamente voltada para o componente materno, e compreendê-la em todos os seus direitos, efetivando a atenção em todo o ciclo vital. Esta estratégia visa a reafirmação do compromisso do governo de melhoria da qualidade do cuidado obstétrico e neonatal, assim como a ênfase na urgência de revisar os processos de assistência prestados nas maternidades brasileiras. Diante do exposto, é nessa perspectiva de mudanças e reformulação de rotinas, protocolos e atitudes profissionais que encontramos um panorama extremamente fecundo e inovador para rever conceitos, valores e, por conseguinte, as práticas assistenciais de atenção obstétrica e neonatal (RATTNER, 2014; GOMES, 2014).

Narchi; Cruz; Gonçalves (2013) delineiam que a realidade brasileira concretiza-se em um mosaico de progressos, paralisação e retrocessos, haja vista que inúmeros programas, políticas, leis e incentivos oficiais foram instituídos ao longo deste percurso com o desígnio de regular os serviços públicos e privados de saúde. Todavia, tem-se em mente que os resultados não conseguiram se ampliar a toda a sociedade, ao constituir uma analogia tanto com o contexto insatisfatório quanto à inadequada qualificação dos profissionais de saúde. Esta se caracteriza como uma discussão ampla e multifacetada, sobretudo, desapropriar-se desses questionamentos implica em esquecer-se da história e não contribuir para reconstrução de opções para a saúde da mulher brasileira. Ademais, infere-se que a realização de estudos avaliativos dessas políticas e programas faz-se necessário, ao compreender em quais aspectos é preciso que sejam realizadas modificações e incorporações, com vistas a realmente efetivar as ações traçadas e não somente propor e construir novas políticas com os mesmos objetivos não atingidos pelas anteriores.

3.2 Reflexões acerca da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil

Diante do contexto apresentado pode-se inferir que a saúde da mulher configura-se como uma das ações prioritárias no país, principalmente quanto ao componente materno-infantil. Diversas políticas e programas foram instituídos com o escopo de reduzir a mortalidade materna e infantil, bem como aprimorar a qualidade da atenção à gestante, constituindo-se como dois dos ODM definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

É notório que a mortalidade materna apresentou uma expressiva redução no Brasil, todavia a meta pactuada de diminuição em 75% até o ano de 2015 não foi atingida, tomando como base os indicadores de 1990. Do mesmo modo, a mortalidade infantil igualmente alcançou uma importante redução, especialmente à custa do componente pós-neonatal. Assim, destaca-se que a mortalidade materna é evitável e ocorre no hospital, sendo a qualidade dos serviços obstétricos uma importante aliada para o alcance de melhorias na saúde materna e infantil (BITTENCOURT et al., 2014).

Nos dias atuais, com a finalização do período pactuado para a consecução dos ODM, a ONU em parceria colaborativa com os países e grupos interessados instituiu em encontro realizado em Nova Iorque no período de 25 e 27 de setembro de 2015 uma nova agenda universal intitulada de “Agenda 2030”, a qual é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas, ao levar em consideração o legado dos ODM e a obtenção de avanços das metas não alcançadas. Dentre os novos objetivos globais, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2016, há o destaque para a proteção dos direitos humanos com promoção da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres e meninas, atrelados ao alcance da cobertura universal de saúde e o acesso a cuidados de qualidade, com ênfase na redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, ao pôr fim a todas estas mortes evitáveis antes de 2030 (BRASIL, 2016).

A mortalidade materna e neonatal são bons indicadores para avaliar as condições de saúde de uma população, assim como são medidas utilizadas para o monitoramento da qualidade dos serviços de saúde. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. O componente neonatal da taxa de mortalidade infantil é aquele relacionado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido, conseqüentemente refletindo as condições de acesso aos serviços de saúde e qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assim como as condições socioeconômicas e de saúde da mãe (FONSECA; JANICAS, 2014).

Ao longo das últimas décadas houve muitos progressos na atenção à saúde da mulher e da criança, mediante subsídios do governo e da sociedade civil. Conforme os dados do Ministério da Saúde, entre o período de 1990 e 2010, houve uma redução da RMM de 141 para 68 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, abrangendo uma redução de 51%. Do

mesmo modo, quanto à mortalidade infantil houve uma redução de aproximadamente 40% ao longo deste período, decrescendo de 26,6 óbitos em 1990 para 16,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2010. Entretanto, os coeficientes de mortalidade ainda encontram-se elevados quando se confrontam com os dados de outros países com índices de desenvolvimento econômico semelhantes (CASSIANO et al., 2014).

Quando referentes aos dados do Estado do Ceará a situação não se configura diferente, posto que no período de 1998 a 2014 a média da RMM atingiu 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, sendo estimada como um indicador alto pela OMS. É importante destacar que foram notificados 38.210 óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e destes 2.039 foram confirmados como mortes maternas, ao passo que destas 1.082 foram associadas às causas obstétricas diretas e indiretas. Ao longo dos 17 anos analisados, observou-se ainda uma média anual de 107 mortes no período gravídico-puerperal por causas obstétricas, com uma média de nove óbitos mensais. No ano de 2014, a Macrorregião do Cariri obteve 18% das mortes maternas do Estado, distribuídas em 14 diferentes municípios, de modo que destas cinco foram contabilizadas na 18ª Região de Saúde, em Deputado Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Mombaça e Saboeiro, respectivamente (CEARÁ, 2015).

No Brasil, há alguns anos tem-se verificado problemas referentes à notificação e a qualidade do preenchimento dos óbitos maternos. Ao passo que estudos que investigaram o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) nos campos 43 e 44, acerca do status e momento do óbito em relação à gravidez, respectivamente, assinalaram que tais informações foram ignoradas para estas variáveis, com estimativas superiores a 87%. Diante dessa problemática, torna-se relevante atentar para a melhoria da assistência à saúde reprodutiva, a qual ainda caracteriza-se como um desafio, haja vista que as situações de risco relacionam-se principalmente em mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde, assim como a exigência de um cuidado pré-natal, ao parto e puerpério qualificado, com a efetivação na prática do controle social e criação dos CMM, tendo como escopo a redução da mortalidade materna e neonatal (MORSE et al., 2011).

Em continuidade, destaca-se que ao longo das últimas décadas a proporção de partos cesáreas no Brasil encontra-se entre uma das maiores do mundo, tendo em vista que esse acréscimo mantém-se constante na maior parte dos países e não há uma perspectiva de reversão dessa tendência. De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a proporção de cesáreas no país elevou-se de 37,8% em 2000 para 43,2% em 2005 e 52,2% em 2010. Dentre as causas fundamentais comumente atreladas à ampliação deste procedimento cirúrgico, como a possibilidade de redução da dor associada ao parto

vaginal e medicalização do parto, destaca-se que estes tendem a tornarem-se mais importantes com a ampliação dos sistemas de saúde, especialmente quando relativo aos países em desenvolvimento (CHIAVEGATTO FILHO, 2013).

Diferentemente do que é propagado nos dias atuais, por meio da medicalização do corpo feminino, o percentual recomendado de cesáreas deve ser embasado na ampliação de melhores resultados maternos e neonatais, mediante a disponibilização dos recursos médicos e de saúde e as preferências maternas. Conforme estudos observacionais nacionais acerca da preferência da via de parto, há a predominância do parto vaginal, tendo como motivos principais a rápida recuperação, todavia, a cesárea permanece como a via de parto da maior parte das usuárias dos planos de saúde privados, colocando em risco a autonomia da mulher acerca da vivência da parturição (REIS, PEP, CAETANO, 2011; LEÃO et al., 2013).

A literatura nacional especializada delinea acerca dos riscos de morbimortalidade materna e infantil provenientes do parto cesárea em comparação com o parto normal, posto que mesmo com a cesárea eletiva este risco é consideravelmente elevado, sendo a possibilidade de complicação intensificada nas gravidezes subsequentes. As implicações negativas para a saúde materno-infantil são amplamente discutidas e incluem o comprometimento da saúde reprodutiva, a placentação anômala e a morbimortalidade neonatal, à proporção que se eleva o número de cesarianas anteriores, devendo, portanto, serem informadas e debatidas com as usuárias, seus companheiros e sua família (DOMINGUES et al., 2014; GAMA et al., 2014).

A compreensão da mortalidade materna e infantil faz-se necessária, tendo em vista que esta se caracteriza como uma epidemia nos países em desenvolvimento e principalmente quando relativo às mulheres de classes sociais desfavorecidas. Nesta ótica, em documento produzido com a síntese de evidências científicas disponíveis mediante revisões sistemáticas, foram identificadas quatro alternativas para a redução da mortalidade perinatal: 1) Organização das redes assistenciais regionalizadas desde a atenção primária à terciária para o acesso adequado da gestante a serviços qualificados a resolver o parto e urgências obstétricas e neonatais; 2) Habilitação de parteiras tradicionais na atenção à parturiente e neonato para atuar em áreas e para populações com difícil acesso aos serviços de saúde; 3) Implantação do Método Mãe Canguru nos serviços de referência para o parto prematuro; 4) Disponibilização de pacotes avançados de cuidados pré-natais para todas as gestantes, com inclusão de intervenções clínicas, nutricionais e comportamentais (BRASIL, 2013b).

3.3 A Atual Estratégia de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança: Rede Cegonha

A redução da mortalidade materna e neonatal configura-se como um processo complexo para toda a sociedade, serviços e profissionais de saúde, haja vista que esta temática persiste como um grave problema de saúde pública pelo seu potencial dano à coletividade, caráter de injustiça social e transgressão dos direitos reprodutivos. É importante destacar que estes óbitos são superiores a uma questão de saúde, ao abranger também uma questão social, na qual há a necessidade de ser resolvida no âmbito de outras políticas sociais, como a de trabalho, renda, habitação, transporte, assistência social, assim como, políticas de saúde e educação integradas. Ademais, as mortes maternas e infantis poderiam ser prevenidas com a melhoria da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assegurando o acesso aos serviços de saúde obstétricos e neonatais qualificados e em tempo oportuno (FONSEÇA; JANICAS, 2014).

Diante desta situação, a Rede Cegonha foi lançada no ano de 2011, e deve ter sido implantada e operacionalizada em todo o país até o ano de 2016, objetivando a construção e implementação de uma rede estruturada em um novo modelo de cuidados que envolve desde a atenção ao planejamento familiar, assistência pré-natal, ao parto e puerpério, até a assistência à criança de zero aos 24 meses de vida, tendo como foco a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade. O seu financiamento é tripartite, ou seja, com investimento da União, estados e municípios e até 2014 contou inicialmente com 9,4 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde. O processo de adesão às ações é realizado em conjunto por municípios pertencentes a uma mesma Região de Saúde, por meio da elaboração de um plano de ação que abrange o diagnóstico situacional, desenho regional da rede, ações e indicadores estratégicos e contratualização dos pontos de atenção (REIS, PEPE, CAETANO, 2011; BRASIL, 2013b).

As ações da Rede Cegonha são compostas por quatro componentes estruturantes:

- 1) Pré-natal – tendo como ação prioritária a qualificação do cuidado à gestante na atenção primária (dentre eles: disponibilização de testes de gravidez, exames e acompanhamento pré-natal; captação precoce da gestante; acolhimento e acesso ao pré-natal de risco em tempo oportuno);
- 2) Parto e nascimento – compreende a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, qualificação dos profissionais de saúde para a assistência humanizada e especializada (dentre eles: classificação de risco, ambientes confortáveis e seguros, direito ao acompanhante e atendimento especial para gravidez de risco);
- 3) Pós-parto – crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses de vida (dentre eles: visita domiciliária, promoção e incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do calendário de vacinação, acesso a informações

e disponibilização de métodos contraceptivos e a consultas e atividades educativas; estímulo ao colegiado gestor); 4) Transporte sanitário e regulação – garantia de transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco e referência ao serviço de atenção ao parto e regulação de leitos obstétricos, neonatais e urgências (dentre eles: regulação de leitos obstétricos) (BRASIL, 2011b).

Nesta ótica, a Rede Cegonha propõe incorporar a passagem da compreensão biomédica, com foco no corpo da mulher e da criança para a abordagem humanizada e interdisciplinar, com foco na família; as concepções mais atualizadas das práticas de atenção, fundamentadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE) e numa abordagem humanizada que considera as mulheres como sujeitos partícipes da atenção. Assim, com vistas a melhor elucidar a magnitude da atual cobertura da Rede Cegonha, a sua adesão foi completa por todos os estados do país, assim como 5.550 municípios aderiram ao componente relativo à atenção básica até setembro de 2013 (RATTNER, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela execução do componente pré-natal, ao realizar pré-natal de risco habitual, mediante captação precoce da gestante e pré-natal de alto risco em tempo oportuno, acolhimento às intercorrências obstétricas com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, exames pertinentes ao pré-natal, prevenção e tratamento das IST/AIDS e hepatites, assim como vinculação desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e apoio nos deslocamentos da gestante. Do mesmo modo, esta também é a referência para o componente puerpério e atenção integral à saúde da criança, por meio do desenvolvimento de ações de acompanhamento, com visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis, dentre outros (GIOVANNI, 2013).

Segundo Martinelli et al. (2014), outras doenças iniciadas na gestação ou que são descobertas e não controladas no pré-natal, como diabetes, infecção do trato urinário, sífilis e HIV/AIDS, podem proporcionar resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o filho. Pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde indica que a mortalidade materna no Brasil caiu 21%, ao passo que entre janeiro e setembro de 2011 as mortes decorrentes por complicações na gravidez e no parto totalizaram 1.038, contra 1.317 no mesmo período de 2010. O decréscimo dos números associa-se ao primeiro ano de implantação da Rede Cegonha, visto que esta iniciativa já atende a 36% das gestantes do SUS, assim como em 2011 1,7 milhões de mulheres fizeram, no mínimo, sete consultas pré-natais.

A assistência pré-natal de qualidade e humanizada abrange a efetivação de condutas acolhedoras, de fácil acesso aos serviços de saúde qualificados, com ações que agreguem distintos níveis de atenção, por meio da promoção da atenção à saúde da gestante e recém-nascido, ou seja, do atendimento ambulatorial primário ao hospitalar de alto risco. Nesta perspectiva, o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, concretiza-se como um dos profissionais de saúde que procura estimular o parto vaginal, requerer a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado, estimulando a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando sua cidadania e seus direitos humanos e reprodutivos (VALE et al., 2015; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012a).

Deste modo, os pontos de atenção secundária e terciária abrangem o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, os quais são responsáveis por uma série de ações de atenção à saúde para garantia dos serviços de atenção obstétrica e neonatal organizados segundo critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica em função dos riscos. Entre os diferentes pontos tem-se: as maternidades de risco habitual, maternidades de alto risco, leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva- UTI, Unidade de Cuidados Intermediários - UCI e Canguru), Centro de Parto Normal (CPN) e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Este último tem como escopo o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, proporcionando uma atenção às circunstâncias que exijam vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, ainda que não seja imperativa a internação (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013c).

A importância do cuidado adequado em relação ao componente parto e nascimento, caracteriza-se pelos elevados índices de mortalidade materna no Brasil, posto que as causas diretas persistem sendo responsáveis pela manutenção de altos percentuais da RMM, assim como a literatura descreve que para cada morte materna, aproximadamente trinta mulheres sofrem sequelas ou problemas crônicos em decorrência de complicações ocorridas ao longo do período gravídico-puerperal. Ressalta-se que uma grande parcela desses óbitos pode ser evitada mediante a adoção de medidas preventivas antes, durante e após a gestação, associado ao acesso à assistência específica, com reconhecimento das emergências obstétricas e disponibilização de intervenções adequadas para a evitabilidade destas mortes (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011; NARCHI, CRUZ, GONÇALVES, 2013).

No âmbito do sistema logístico está integrado o componente de acesso regulado à atenção, que é constituído por estruturas operacionais, os complexos reguladores que gerenciam a relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde existentes na rede, de

forma a racionalizar o acesso, respeitando critérios de risco, os protocolos de atenção à saúde existente e os fluxos definidos. Do mesmo modo, quanto aos sistemas de transporte em saúde, estes objetivam garantir o acesso das mulheres às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização do pré-natal, no momento do parto e em situações de urgência, com o acesso ao transporte seguro para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco (BRASIL, 2011a).

A UBS deve ter como responsabilidade também a informação à gestante acerca do local em que será realizado o parto, assim como em caso de acesso direto à maternidade, a gestante deverá ser acolhida e posteriormente realizada a classificação de risco, com vistas a identificar a necessidade de saúde do binômio mãe-filho, ou seja, o atendimento na própria unidade ou a referência via central de regulação. Caso haja a necessidade, o transporte intermaternidade deve ser realizado por transporte sanitário ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este fluxo a ser seguido é extremamente importante, tendo como pressuposto central evitar a peregrinação da mulher, mesmo que regulada, por atendimento qualificado de atenção ao parto (BRASIL, 2013d).

É preciso que haja uma integração e articulação entre os distintos setores com o intuito de propor medidas preventivas, de efetivação do planejamento familiar, ao impedir episódios de gestação indesejada, assim como atenção pré-natal qualificada, prestação de cuidados por uma equipe de profissionais capacitados para atuação nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal. Os estudos epidemiológicos também devem ser priorizados, assim como o adequado preenchimento da DO para identificação da causa da morte e encaminhamento para o CMM, haja vista que além da investigação dos casos, é necessário também realizar recomendações de medidas para evitar a ocorrência de novos óbitos (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011).

Os profissionais de saúde e gestores envolvidos na atenção obstétrica necessitam se sensibilizar e conseqüentemente realizar uma reflexão acerca dos aspectos referentes à qualificação da assistência e o devido acompanhamento à mulher e ao neonato, haja vista que estudos referentes às percepções negativas de mulheres que vivenciaram o parto vaginal denotam que os profissionais encontram-se distantes destas, assim como não conseguem identificar as suas reais necessidades de saúde. Do mesmo modo, os gestores envolvidos na formulação e implantação de políticas públicas também necessitam repensar suas estratégias para a obtenção de melhores resultados na prática obstétrica atual (VELHO et al., 2012).

3.4 Avaliação da Qualidade do Cuidado Obstétrico e Neonatal

No decorrer do tempo, a conceituação acerca da qualidade e as estratégias utilizadas para a sua obtenção tem passado por significativas mudanças e conseqüentemente, contribuindo para a incorporação de novas interpretações. Na atual conjuntura brasileira, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde faz-se necessário, incorporado à gestão entre as diversas áreas inter-relacionadas, com o objetivo de proporcionar uma atenção segura e de excelência, compreendendo-a como um trabalho multiprofissional. Ao passo que, em Portugal, a qualidade dos serviços de saúde foi incorporada ao Plano Nacional de Saúde 2011-2016, tendo como componentes determinantes: o estabelecimento de padrões de qualidade, a definição e monitorização de indicadores e a avaliação interna e externa com posterior comparação entre os prestadores de cuidado (MARTINS et al., 2016).

Neste contexto, faz-se relevante a compreensão acerca da definição da qualidade do cuidado em saúde nos dias atuais, posto que o entendimento acerca da boa qualidade e de como esta pode ser avaliada é de fundamental importância para a melhoria dos serviços de saúde. Assim, o desenvolvimento e aplicação de modelos tornam-se primordiais, tendo como escopo a sua incorporação em diferentes contextos, ou seja, quando há recursos suficientes e em configurações com recursos escassos. Um ponto importante e diferencial das outras definições, diz respeito à associação destes conceitos com a satisfação do usuário, bem como aos aspectos de equidade, compreendendo a qualidade do cuidado como o conjunto de quatro componentes: 1) qualidade técnica (regulado pela melhoria do estado de saúde do paciente); 2) consumo de recursos (ajustado pelos custos do cuidado prestado); 3) satisfação do paciente (avaliado pela percepção do paciente acerca dos aspectos de cuidados subjetivos ou interpessoais); 4) valores (aferidos pela aceitabilidade de qualquer troca realizada entre os três resultados anteriores) (RAVEN et al., 2011).

Em continuidade, a literatura nacional especializada também ratifica a importância da avaliação da qualidade do processo de assistência, ao preconizar a comparação de procedimentos utilizados na assistência com normas e procedimentos recomendados cientificamente e considerados padrão-ouro internacional. Desde modo, faz-se necessário atentar para estes tipos de estudos, tendo em vista que, quando atinentes à melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil ressalta-se que, a monitorização e avaliação dos projetos de implementação em grande escala não tem desenvolvido indicadores adequados para a avaliação da qualidade do cuidado, assim como quando há indicadores significativos, os dados nem sempre são confiáveis (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; RAVEN et

al., 2011).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais sucederam os ODM e entraram em vigor a partir de 2016, são grandiosos no que diz respeito às mães, recém-nascidos e crianças, tendo como escopo a Cobertura de Saúde Universal até o ano 2030. A redução da mortalidade materna e neonatal, mediante a consecução das metas traçadas, esta fundamentada na abordagem da qualidade dos cuidados ofertados à população em questão, tendo em vista que o período gravídico-puerperal constitui-se como o mais crítico para salvar o máximo de vidas e conseqüentemente, atuar na prevenção dessas mortes. Diante disso, padrões para melhoria da qualidade da atenção materna e neonatal em estabelecimentos de saúde estão sendo construídos e disseminados, com o intuito de fortalecer a atuação dos profissionais e assistência prestada ao binômio (WHO, 2016).

É notório que a disponibilidade de cuidados de qualidade varia bastante entre os países e conseqüentemente, entre os seus distintos sistemas de saúde. Apesar disso, torna-se fundamental a compreensão da base das evidências acerca das intervenções que priorizem um “padrão ouro” clínico, de cuidados de qualidade interpessoal e contextual, com o desígnio de melhorar a saúde e a sobrevivência de mulheres e neonatos. Neste sentido, a avaliação das práticas desempenhadas mediante os pressupostos da Rede Cegonha tendo como embasamento o QMNC faz-se necessária, tendo em vista que este se constitui como um arcabouço teórico-conceitual construído com base nas melhores evidências científicas disponíveis para mensuração da qualidade do cuidado materno e neonatal (AUSTIN et al., 2014; RENFREW et al, 2014).

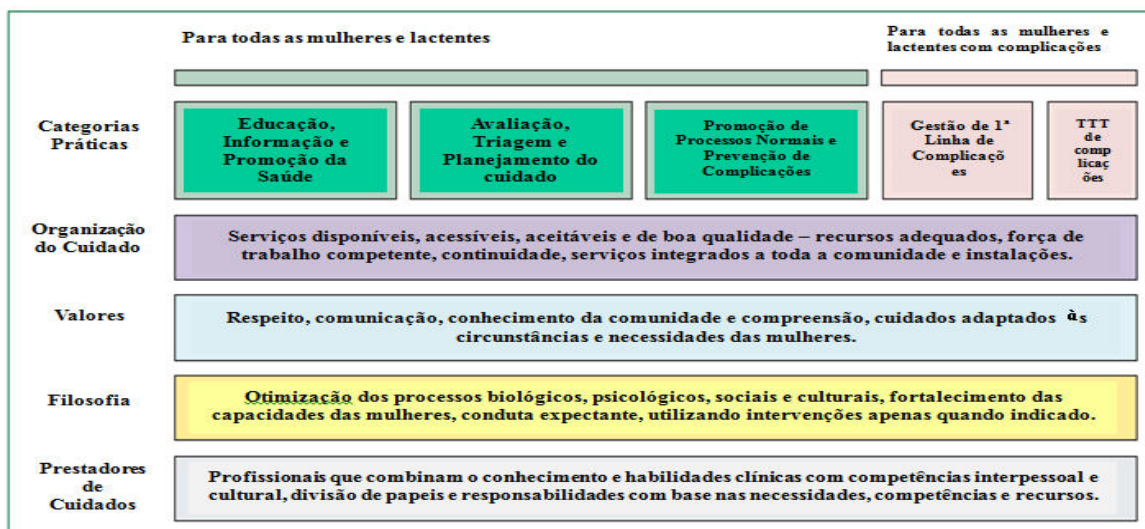


Figura 1 – Componentes do The Framework for Quality Maternal and Newborn Care

Conforme se encontra ilustrado na figura 1, o modelo encontra-se estruturado em cinco componentes estruturantes: 1) Categorias práticas: divididas em duas variáveis: a. Sem complicações (educação, informação, promoção da saúde, avaliação, triagem, planejamento do cuidado, promoção de processos normais, prevenção de complicações); b. Com complicações (gestão de primeira linha de complicações e tratamento de complicações graves); 2) Organização do cuidado: disponível, acessível, aceitável, serviços de boa qualidade, recursos adequados, força de trabalho competente, continuidade, serviços integrados a toda a comunidade e instalações; 3) Valores: respeito, comunicação, conhecimento da comunidade e compreensão, cuidados adaptados às circunstâncias e necessidades das mulheres; 4) Filosofia: otimização dos processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, fortalecimento das capacidades das mulheres, conduta expectante, utilizando intervenções apenas quando indicado; 5) Provedores de cuidados: profissionais que agregam o conhecimento clínico e habilidades com competências interpessoal e cultural, divisão de papéis e responsabilidades com base nas necessidades, competências e recursos (RENFREW et al, 2014).

Segundo Hoop-Bender et al. (2014), a concretização da efetividade de melhores resultados no âmbito obstétrico é possível, contudo, é relevante delinear que se torna necessário a associação entre o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados em saúde reprodutiva, materna e neonatal com o aumento da cobertura universal do sistema de saúde. Dentre os principais aspectos da qualidade do cuidado materno-infantil tem-se: o fornecimento de cuidados preventivos, de apoio e tratamento eficaz para os problemas, quando surgem; o respeito à mulher e seu conceito, por meio da adaptação do serviço às suas reais necessidades de saúde (segurança, privacidade e dignidade); o uso de intervenções estritamente quando indicativas; e o reforço da capacidade da mulher para cuidar de si e do seu filho. Diante disso, o modelo QMNC foi estruturado para visualizar a importância de equilíbrio entre os cuidados preventivos e de suporte, ao abranger também os atendimentos eletivos e de emergência sempre vinculados à garantia da continuidade da assistência.

Destarte, a avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal é essencial no atual contexto obstétrico, haja vista que há evidências comprovadas de que somente o aumento do acesso aos serviços, a utilização dos cuidados maternos, a melhoria da estrutura institucional, a formação de prestadores de cuidados de saúde e a promoção de encaminhamentos para centros de saúde para o nascimento institucionalizado não se traduzem necessariamente em melhorias nos resultados maternos e neonatais. De tal modo, estas táticas

adotadas em distintos contextos não podem garantir a utilização maciça dos serviços pela população ou a maior satisfação do cliente aos serviços prestados, caracterizando-se também por meio da subjetividade inerente a uma determinada sociedade (AUSTIN et al., 2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Para a consecução dos objetivos propostos, a investigação compreendeu um estudo avaliativo, o qual segundo Polit, Beck (2011) tem como finalidade desvendar como funciona uma determinada prática, procedimento, programa ou política, tendo como escopo a produção de conhecimentos como fator orientador na tomada de decisão.

Nesta ótica, torna-se relevante delinear que a avaliação das ações de saúde vem assumindo um espaço de evidência no atual contexto, posto que se faz necessário ponderar acerca das especificidades inerentes a uma determinada conjuntura social, ao compreender como as relações se processam e determinam as representações diretas na operacionalização das práticas em saúde. Diante disso, o fruto dos serviços de saúde deriva da crescente interação entre usuários, profissionais de saúde e gestores, abrangendo a totalidade de suas inter-relações, associadas às perspectivas dos usuários, as quais se concretizam como componente essencial do processo avaliativo (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010; BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

4.2 Cenário do Estudo

A 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará encontra-se inserida na Macrorregião do Cariri, composta por cinco Regiões: Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte. Esta está estruturada pelos municípios de Acopiara, Cariús, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro, os quais compõem uma população residente de 315.459 habitantes. O município de Iguatu é qualificado como município polo da Região, ao assumir a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, tendo em vista que dispõe de uma maior capacidade resolutiva dos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). Assim como, a referência de MAC da Região constitui-se pelos municípios de Juazeiro do Norte, Barbalha e Fortaleza (CEARÁ, 2012; CEARÁ, 2014).

Neste contexto, a pesquisa foi realizada no Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira, localizado no município de Iguatu – CE, o qual se configura como referência obstétrica para os 10 municípios pertencentes à 18ª Região de Saúde. É válido destacar que o referido local recentemente passou por reforma estrutural para adequação aos requisitos

previstos no Plano Regional da Rede Cegonha, ao passo que em 2012 foram aprovadas duas propostas: reforma de ambiência e ampliação de Casa de Gestantes, Bebê e Puérpera (CGBP); em 2013 foram aprovadas mais duas propostas: ampliação de UTI neonatal e da Casa de Parto Normal (CPN). Assim, o fato de se ter constatado que os municípios e conseqüentemente, os serviços de saúde em questão vem passando por uma reestruturação da atenção justifica-se a realização deste estudo, com vistas a contribuir para a percepção da qualidade do cuidado de modo mais amplo (BRASIL, 2015; CEARÁ, 2014).

Diante do exposto, o município conta no momento com quatro equipamentos contemplados pelo Plano Regional da Rede Cegonha: A ambiência obstétrica foi reformada e encontra-se funcionando desde fevereiro de 2016; A CGBP, o CPN e a UTI neonatal estão com as obras 100% concluídas, tendo sido inaugurados recentemente ao final de dezembro de 2016, contudo, ainda não se encontram em funcionamento.

Em um levantamento realizado no referido hospital, referente ao ano de 2010, houve sobreposição do parto cesárea ao parto vaginal, de modo que foram contabilizados 882 partos vaginais (46,18%), enquanto que foram realizadas 1.025 cesáreas (53,66%). Tal indicador veio a fortalecer a importância da implantação da Rede Cegonha na Região, com vistas a reverter esses números e ofertar uma assistência integral à mulher e ao neonato. Do mesmo modo, conforme o desenho da Rede Cegonha abaixo, os nove municípios contam com o pré-natal de baixo risco e parto de risco habitual, ao passo que o município de Iguatu engloba além destes, o pré-natal de alto risco, o parto de alto risco, assim como foi contemplado com a construção e ampliação da CGBP, UTI adulto e UCI neonatal (CEARÁ, 2012).

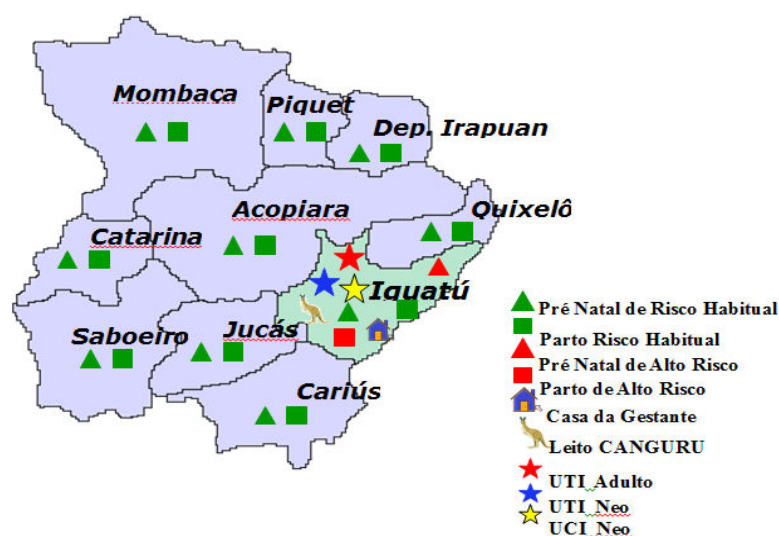


Figura 2 – Desenho da Rede Cegonha na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará.

Os dados referentes ao ano de 2015 denotam que foram realizados 1.389 partos na referida instituição hospitalar, ao passo que destes 663 foram do tipo vaginal (47.73%) e 726 do tipo cesárea (52.27%). Diante disso, ressalta-se que tais números ainda encontram-se aquém da meta pactuada (56% de partos vaginais) para o ano de 2015 no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (IGUATU, 2016).

4.3 População e Amostra

A população foi constituída por puérperas admitidas na Maternidade do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira do município de Iguatu-CE. Deste modo, a amostra foi composta por 92 puérperas, as quais foram entrevistadas mediante a adequação aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Nesta perspectiva, a seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: residir nos municípios que compõem a 18ª Região de Saúde; ter realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal; estar internada na enfermaria obstétrica com RN vivo. Como critério de exclusão definiu-se: apresentar alguma limitação de comunicação e não estar em condições clínicas e/ou emocionais para participar da pesquisa.

É válido destacar que a opção pelo critério de inclusão “ter realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal” ocorreu em virtude das recomendações do Ministério da Saúde contidas no manual da Rede Cegonha (2011) e Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012), os quais preconizam um calendário com no mínimo 6 consultas de pré-natal. Deste modo, acredita-se que para avaliar a qualidade do cuidado no período gravídico-puerperal é importante ter como norte as recomendações de órgãos nacionais, com vistas a não realizar uma análise equivocada.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Em um primeiro momento, recorreu-se à revisão de literatura e à experiência dos pesquisadores, possibilitando a construção do instrumento de coleta de dados. Na revisão de literatura, foram essenciais para a construção do presente instrumento de coleta as ideias expostas nos manuais de saúde materna e neonatal do Ministério da Saúde, bem como os pressupostos da Rede Cegonha e os componentes estruturantes do QMNC.

A construção do QMNC foi realizada mediante a exaustiva análise das evidências disponíveis após três revisões sistemáticas com o parecer de 35 especialistas envolvidos na

sua execução, bem como utilizando o embasamento prático das lições aprendidas com recentes desenvolvimentos em três grandes países de renda média em transição: China, Índia e Brasil. Assim, o modelo pode ser aplicado para qualquer configuração, com base na necessidade dos serviços maternos e neonatais, tendo como componente transversal a colaboração e trabalho interdisciplinar (RENFREW et al., 2014).

Nesta ótica, o instrumento de coleta (APÊNDICE A) constituiu-se de um roteiro elaborado com base na literatura anteriormente descrita, abordando inicialmente a caracterização das participantes e em seguida o primeiro componente de avaliação do modelo intitulado: categorias práticas. Este componente divide-se ainda em: a) Educação, Informação e Promoção da Saúde; b) Avaliação, Triagem e Planejamento do Cuidado; c) Promoção de Processos Normais e Prevenção de Complicações; d) Gestão de Primeira Linha de Complicações; e) Tratamento de Complicações Graves. Assim, pode ser utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados, planejar o desenvolvimento da força de trabalho, alocação de recursos, identificar lacunas em evidências para a investigação futura e pode ser individualizado para atender às demandas específicas da demografia da população e da saúde, recursos disponíveis, e do contexto político, social e cultural em função de cada sistema de saúde (RENFREW et al., 2014).

Em continuidade, a avaliação do instrumento quanto à aparência e conteúdo (APÊNDICE B) foi realizada por cinco juízes com expertise na área de saúde materna e/ou neonatal, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), já que este tipo de validação determinará se o conteúdo do instrumento explora, efetivamente, os requisitos para mensuração do fenômeno investigado. Assim, o instrumento foi analisado pelos especialistas que avaliaram a sua clareza, compreensão e pertinência das assertivas.

Em um segundo momento, após o retorno dos instrumentos, sugestões de pequenos ajustes semânticos na construção dos itens foram realizadas e acatadas, sem que fossem necessárias modificações significativas, bem como a realização do pré-teste do instrumento com cinco puérperas, o qual tem como escopo atentar para a ordem das perguntas, modo de perguntar, identificação da melhor redação e compreensão das mulheres e, assim, obtenção das respostas que atendam aos objetivos do estudo, tempo de duração e adequação do ambiente em que será realizada a entrevista.

4.5 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada durante os meses de outubro a dezembro de 2016, por meio da busca de informações nos prontuários das participantes, assim como utilizando a técnica de entrevista junto às puérperas admitidas na enfermaria obstétrica do referido hospital. Inicialmente a pesquisadora identificou as pacientes que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, realizou a abordagem individualizada, apresentando-se à puérpera, explicando os objetivos e a importância do estudo, e após esses passos realizou o convite à participação, mediante a garantia de privacidade e confidencialidade da identidade das participantes.

Diante do exposto, um aspecto importante na construção deste estudo foi a opção pela utilização da obtenção das informações contidas nos prontuários das puérperas associada à entrevista com as mesmas, conferindo maior credibilidade dos resultados, haja vista que Giglio; França; Lamounier (2011) descrevem que as recentes pesquisas realizadas no país tem apresentado baixa qualidade dos dados contidos nos prontuários e alta confiabilidade das informações relatadas pelas puérperas.

Ademais, a pesquisa nos prontuários das participantes englobava as seguintes variáveis: data e hora do parto, município de procedência, dados do recém-nascido (questões 15 a 24 do instrumento), quantitativo de consultas pré-natais, profissionais responsáveis pela realização do pré-natal, número de consultas realizadas por profissional, profissional responsável pelo início do pré-natal, calendário vacinal da gestação atual, índice de massa corpórea na primeira consulta, exames realizados durante a gestação, exames com alterações durante a gestação, situação de dilatação na admissão hospitalar, realização de teste rápido anti-HIV na admissão hospitalar, realização de VDRL na admissão hospitalar, idade gestacional no momento do parto, tipo de parto, preenchimento do partograma, realização de amniotomia, administração de uterotônicos profiláticos na terceira fase do trabalho de parto e administração de imunoglobulina anti-Rh.

Do mesmo modo, as demais variáveis foram obtidas por meio de entrevista, a qual foi realizada durante todos os dias da semana, no leito das participantes ou em ambiente reservado da clínica, a depender da preferência da puérpera, com uma duração média de 40 minutos cada, sendo realizadas em média duas entrevistas por turno. É importante destacar que após o contato, autorização da direção do hospital e apresentação de cópia da aprovação do comitê de ética e apresentação à coordenação da clínica obstétrica, a pesquisadora obteve amplo acesso ao serviço de saúde em questão.

Em continuidade, o formulário de entrevista contém perguntas referentes às condições sociodemográficas e obstétricas das mulheres, desde o acompanhamento pré-natal até o puerpério imediato. Neste momento é válido mencionar que a caracterização sociodemográfica e reprodutiva das puérperas envolvidas no estudo realizou-se por meio da análise descritiva das seguintes variáveis: faixa etária, procedência, local de residência, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar mensal, número de coabitantes, raça/cor/etnia, religião, número de gestações, partos, abortos, filhos vivos e idade do último filho vivo.

4.6 Análise de Dados

Os dados obtidos nos prontuários e nas entrevistas foram integrados em um banco de dados único. Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. É importante delinear que utilizou-se as medidas de tendência central (média e mediana), os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher para comparações da variável desfecho (tipo de puerpério) com as variáveis qualitativas de acordo com a distribuição dos dados. Para variáveis quantitativas foram utilizados os testes t de Student ou Mann-Whitney conforme a normalidade dos dados. Ademais, associou-se os testes com um nível de significância de 5%, com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

4.7 Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual aborda as pesquisas envolvendo seres humanos, ao incorporar os quatro referenciais fundamentais da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012b).

Neste sentido, após a autorização do gestor responsável (ANEXO A), foi realizado contato com a direção do hospital, por meio de ofício e assinatura da Carta de Autorização para Realização da Pesquisa (ANEXO B). Em seguida fez-se contato com a coordenação da clínica obstétrica e neonatal, com o intuito de se esclarecer os aspectos referentes ao estudo.

Do mesmo modo, foi garantido o anonimato, a privacidade, a proteção da imagem, a não-estigmatização e o sigilo de suas informações pessoais das participantes do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), por meio da utilização de pseudônimos, respeitando o direito à

voluntariedade em participar ou desistir da pesquisa no momento que lhe convier. No caso de puérperas menores de 18 anos foi solicitado ao responsável legal também a assinatura do TCLE (APÊNDICE E).

Nesta ótica, é pertinente destacar que o estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação ética, obtendo aprovação (Número do Parecer: 1.646.391) do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das puérperas

Inicialmente, seguem os dados que envolvem as questões sociodemográficas das participantes, bem como reprodutivas, ao compreender que o conhecimento do perfil dessa população poderá contribuir para a dissolução de possíveis padrões anteriormente existentes no meio social, quando atinentes ao papel que a mulher vem ocupando na sociedade contemporânea.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Dados Sociodemográficos	N	%
Faixa etária (n=92)		
Até 19 anos	22	23,9
20 a 29 anos	48	52,2
30 a 39 anos	20	21,7
40 ou mais	2	2,2
Procedência (n=92)		
Iguatu	52	56,5
Demais Municípios da Região	40	43,5
Local de Residência (n=92)		
Zona Urbana	44	47,8
Zona Rural	48	52,2
Estado Civil (n=89)		
Casada	20	22,5
Solteira	18	20,2
União Estável	51	57,3
Ocupação (n=88)		
Trabalha em casa	37	42,0
Trabalha fora de casa	44	50,0
Estudante	3	3,4
Não trabalha	4	4,6
Escolaridade (n=89)		
Até 4 anos	4	4,5
5 a 9 anos	37	41,6
10 a 12	42	47,2
Acima de 12	6	6,7
Renda familiar mensal (n=78)		
< 1 SM	29	37,2
1 SM	28	35,9
> 1 - 2 SM	17	21,8
> 2 SM	4	5,1
Número de coabitantes (n=92)		

2 ou 3	35	38,9
4 ou 5	38	42,2
6 ou mais	17	18,9
Raça/Cor/Etnia (n=92)		
Branca	16	17,4
Preta	9	9,8
Parda	67	72,8
Religião (n=80)		
Católica	69	86,2
Evangélica	11	13,8

Fonte: Própria Pesquisadora

Com relação aos dados sociodemográficos, identificou-se que 76,1% (70) das entrevistadas encontravam-se na idade até 29 anos, com média de $25,2 \pm 7,7$, mínima de 13 e máxima de 44 anos; 56,5% (52) são procedentes do município pólo da Região; contudo, 52,2% (48) residiam na zona rural; e 79,8% (71) possuíam companheiro estável. A ocupação das puérperas foi um dado relevante e que merece atenção, tendo em vista que exatamente 50% (44) destas exercem algum tipo de atividade extra-lar.

Já quando relativo à escolaridade das participantes, pode-se perceber que houve um maior percentual entre 5 a 12 anos de estudo com 88,8% (79), apresentando uma média de $9,4 \pm 2,7$ anos. Quando atinente à renda familiar mensal, observou-se que 73,1% (57) das entrevistadas afirmaram receber entre um salário mínimo ou inferior a este; 41,3% (38) residem com 4 a 5 coabitantes em casa; 72,8% (67) se autodeclaram da cor parda; assim como, quanto a crença religiosa houve uma prevalência expressiva da religião católica, com 86,2% (69).

No que se refere aos dados reprodutivos das puérperas, infere-se que quanto ao tipo de gravidez 97,8% (90) foram únicas, bem como 56,5% (52) eram primíparas, assim como houve uma média de $2,0 \pm 1,5$ gestações, com mínima de 1 e máxima de 9, sendo que houve uma média de intervalo interpartal de 6 anos.

5.2 Categorias Práticas

Neste momento, serão apresentados os dados referentes ao primeiro componente do modelo, intitulado categorias práticas, abrangendo desde o acompanhamento pré-natal até o pós-parto imediato. Conforme ilustrado no modelo (figura 1), esta categoria é analisada em duas partes: uma relativa às mulheres e neonatos sem complicações e uma segunda atinente às

mulheres e neonatos com complicações, conforme seguem nos referidos componentes estruturantes.

5.2.1 Educação, informação e promoção da saúde

Este primeiro componente aborda acerca da atenção à saúde da mulher e do neonato com ênfase nas ações preventivas e promocionais da saúde, sob a perspectiva informacional, orientadora e educativa das práticas desempenhadas pelos profissionais. Diante do exposto, engloba as ações desenvolvidas na atenção primária, possibilitando a compreensão acerca de como está organizada a assistência materno-infantil neste âmbito, bem como a identificação do desempenho das práticas preconizadas com a implementação da Rede Cegonha, quando referente ao componente pré-natal.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis referentes ao componente educação, informação e promoção da saúde das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Educação, informação e promoção da saúde	N	%
Planejamento da gestação atual (n=92)		
Sim	56	60,9
Não	36	39,1
Participação em atividades educativas ao longo do pré-natal (n=92)		
Sim	39	42,4
Não	53	57,6
Profissional responsável pela maior parte das orientações (n=91)		
Médico	28	30,8
Enfermeiro	55	60,4
Médico e enfermeiro	7	7,7
ACS	1	1,1
Compreensão das informações fornecidas (n=92)		
Sim	89	96,7
Não	3	3,3
Orientações fornecidas durante a gestação (n=92)		
Abandono ao tabagismo	38	41,3
Alimentação saudável e o ganho de peso adequado no pré-natal	86	93,5
Incentivo ao aleitamento materno	80	87,0
Sinais de início de trabalho de parto	58	63,0
Benefícios do parto vaginal	60	65,2
Visita à maternidade de referência	21	22,8
Direito ao acompanhante	54	58,7
Consulta pós-natal à mulher e neonato	33	35,9
Uso de contraceptivos após o parto	23	25,0
Triagem neonatal	63	68,5
Consultas de puericultura	55	59,7

Teste rápido de gravidez no pré-natal (n=92)		
Sim	23	25,0
Não	69	75,0
Teste confirmatório da gravidez (n=48)		
BHCG	42	87,4
BHCG e TIG	2	4,2
Teste de farmácia	2	4,2
USG	2	4,2
Número de consultas pré-natais realizadas (n=92)		
6 a 7	32	34,8
8 a 9	28	30,4
10 a 11	18	19,6
12 a mais	14	15,2
Profissional que realizou o pré-natal (n=92)		
Enfermeiro e médico	87	94,6
Médico somente	3	3,3
Enfermeiro somente	2	2,1
Imunização (n=86)		
Adequada	57	66,3
Inadequada	29	33,7
Verificação do IMC na primeira consulta pré-natal (n=92)		
Sim	22	23,9
Não	70	76,1
Procedimentos de rotina durante o pré-natal (n=92)		
Suplementação de ácido fólico	87	94,6
Suplementação de sulfato ferroso	88	95,7
Consulta odontológica	35	38,0
Colpocitologia oncótica	18	19,6

Fonte: Própria Pesquisadora

Primordialmente, pode-se apreender que 60,9% (56) das gestações foram planejadas. No tocante da participação em atividades educativas ao longo do pré-natal, 57,6% (53) das puérperas afirmaram não participar destes momentos grupais, o que pode influenciar nas baixas taxas de informações quanto à visita à maternidade de referência (22,8%), consulta pós-natal à mulher e neonato (35,9%) e importância do uso de contraceptivos após o parto (25%).

Quanto à incorporação do teste rápido na rotina da unidade básica de saúde, conforme preconizado pela Rede Cegonha, somente 25,0% (23) das mulheres tiveram acesso a esse insumo, sendo que o teste confirmatório predominante foi o BHCG com 87,4% (42). Todavia, é relevante descrever que uma possível explicação para este achado seja o acesso dessas mulheres a outros tipos de teste confirmatório da gravidez, como o BHCG, o qual apresentou percentual elevado neste estudo. Em continuidade, houve um aumento do número de consultas pré-natais realizadas, com uma maior prevalência entre seis e nove consultas, com média de $9 \pm 2,5$, mínima de seis e máxima de 14 consultas, abrangendo um percentual

de 65,2% (60); 94,6% (87) foram realizadas por enfermeiros e médicos; 96,7% (89) das participantes compreendiam as informações compartilhadas por estes profissionais; sendo que, 60,4% (55) das entrevistadas referiram que o enfermeiro foi responsável pela maior parte das orientações prestadas ao longo das consultas.

Do mesmo modo, procedimentos rotineiros estão sendo negligenciados, como a não verificação do Índice de Massa Corpórea da gestante na primeira consulta e acompanhamento da curva de ganho de peso adequado (76,1%), seguida pelo não encaminhamento desta para as consultas de acompanhamento odontológico (62%) e não realização de colpocitologia oncótica (80,4%).

5.2.2 Avaliação, triagem e planejamento do cuidado

Em um segundo momento, as práticas que abrangem este componente dizem respeito aos procedimentos técnicos avaliativos a serem realizados desde o pré-natal, ao planejamento de ações que garantam a continuidade do cuidado materno-infantil em todos os equipamentos de saúde associados à parte logística, diferencial da Rede Cegonha. É relevante delinear que este componente requer uma estruturação da Rede sob os diferentes níveis de atenção e para que isto aconteça depende da sensibilização dos gestores, técnicos e profissionais de saúde envolvidos na assistência direta ao usuário, bem como a sua efetivação depende da disponibilização de insumos, capacitação profissional e modificação e/ou adequação de rotinas institucionais, conforme segue na tabela abaixo.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis referentes ao componente avaliação, triagem e planejamento do cuidado das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Avaliação, triagem e planejamento do cuidado	N	%
1. Avaliação		
Classificação do Risco da Gravidez (n=91)		
Baixo risco	84	92,3
Alto risco	7	7,7
Motivo da Gestação de Risco (n=5)		
Idade Materna	3	60,0
Gravidez gemelar	1	20,0
VDRL positivo	1	20,0
Realização de procedimentos técnicos no pré-natal		
Avaliação da PA em todas as consultas	92	100,0
Avaliação da altura uterina em todas as consultas	92	100,0

Avaliação dos movimentos fetais em todas as consultas	90	97,8
Avaliação dos batimentos cardíaco fetais em todas as consultas	92	100,0
Avaliação das mamas em todas as consultas	32	34,8
Avaliação do edema em todas as consultas	77	83,7
Avaliação de infecção do trato genital inferior	79	85,9
2. Triagem		
Realização de exames no pré-natal		
ABO/Rh	88	95,7
Glicemia de jejum	84	91,3
Teste de tolerância à glicose	14	15,2
Teste rápido para sífilis	41	44,6
Teste rápido para HIV	67	72,8
VDRL	63	68,5
Hepatite C	11	12
HBsAg	54	58,7
Sorologia para toxoplasmose	58	63
Hemoglobina e hematócrito	83	90,2
Urina-EAS	82	89,1
Urina-cultura	39	42,4
Coombs indireto	5	5,4
Ultrassonografia Obstétrica (n=92)		
Sim	90	97,8
Não	2	2,2
Acolhimento com classificação de risco no parto (n=92)		
Sim	47	51,1
Não	45	48,9
Realização de teste rápido de HIV na admissão hospitalar (n=89)		
Sim	80	89,9
Não	9	10,1
Realização de VDRL na admissão hospitalar (n=90)		
Sim	90	100,0
Não	-	-
3. Planejamento do Cuidado		
Vinculação à maternidade (n=92)		
Sim	66	71,7
Não	26	28,3
Visita à maternidade durante a gestação (n=92)		
Sim	5	5,4
Não	87	94,6
Residência próxima à Unidade Básica de Saúde (n=92)		
Sim	63	68,5
Não	29	31,5
Dificuldade de deslocamento para realização do pré-natal (n=92)		
Sim	11	12,0
Não	81	88,0
Oferta de transporte sanitário no pré-natal (n=92)		
Sim	15	16,3
Não	77	83,7
Residência próxima ao local de realização dos exames (n=91)		
Sim	28	30,8
Não	63	69,2
Dificuldade de deslocamento para realização dos exames (n=91)		
Sim	18	19,8
Não	73	80,2
Demora na marcação, realização e retorno dos resultados dos exames (n=92)		

Sim	41	44,6
Não	51	55,4
Residência próxima à maternidade (n=92)		
Sim	18	19,6
Não	74	80,4
Dificuldade de deslocamento para a maternidade (n=92)		
Sim	9	9,8
Não	83	90,2
Oferta de transporte sanitário no parto (n=92)		
Sim	18	19,6
Não	74	80,4
Direito à presença do acompanhante (n=92)		
Sim	75	81,5
Não	17	18,5
Profissional responsável pelo acompanhamento do parto (n=91)		
Médico	78	85,7
Enfermeiro Obstetra	11	12,1
Técnico de Enfermagem	2	2,2
Presença de pediatra/neonatalogista na sala de parto (n=92)		
Sim	4	4,3
Não	88	95,7

Fonte: Própria Pesquisadora

Primeiramente, com relação ao componente avaliação, um percentual de 92,3% (84) das gestações foi classificado como de baixo risco, e quando relativo aos procedimentos técnicos realizados durante as consultas pré-natais percebe-se a execução de um alto percentual destes, com exceção para exame clínico das mamas (34,8%), medida esta importante para detectar precocemente alterações e prevenir possíveis intercorrências no processo de amamentação. Do mesmo modo, no componente triagem, com relação aos exames preconizados ao longo do cuidado pré-natal, pode-se inferir que também houve um acréscimo do acesso aos principais, com taxas expressivas superiores a 80%, sendo relevante atentar para a incorporação, conforme preconizado pela Rede Cegonha, das triagens sorológicas, em especial o teste rápido da sífilis (44,6%), o qual deve ser realizado na própria unidade de saúde pelo enfermeiro devidamente capacitado.

Ainda com referência a este componente, merece destaque a não efetivação do acolhimento com classificação de risco em sua totalidade, tendo em vista que os percentuais de realização (51,1%) e não realização (48,9%) desta ferramenta permaneceram bem próximos, indicando que não há homogeneidade da assistência, bem como nem todos os profissionais atuantes na porta de entrada estão devidamente capacitados para a sua execução.

Ao delinear o componente de planejamento e logística, percebe-se que 71,7% (66) das entrevistadas foram vinculadas à maternidade de referência, todavia, 94,6% (87) não realizou visita à instituição durante o pré-natal, conforme recomendado pelo Ministério da

Saúde. Mais especificamente com relação à logística da Rede materno-infantil, é perceptível que a oferta de transporte sanitário ainda é escassa na realidade em questão, atingindo 16,3% (15) no pré-natal e 19,6% (18) no parto. Quanto ao planejamento da assistência na instituição hospitalar, é relevante descrever ainda quanto ao seguimento da instituição ao direito da gestante ao acompanhante, o qual atingiu uma taxa de 81,5% (75), contudo, este se refere à presença de um acompanhante do sexo feminino para auxiliar a gestante ao longo do processo de internação no pré-parto e puerpério, não se estendendo durante o trabalho de parto e transferência da mulher para a sala de parto, onde permanece sozinha.

Quanto ao profissional responsável pelo acompanhamento do parto, percebe-se que ainda permeia a hegemonia médica na atenção ao parto, com um percentual de 85,7% (78) partos assistidos por este profissional. Em contrapartida, o enfermeiro obstetra, amplamente recomendado pela literatura internacional especializada, foi responsável por somente 12,1% (11) do acompanhamento. Do mesmo modo, com relação à presença do pediatra/neonatologista em sala de parto para realizar a avaliação inicial e monitoramento especializado ao recém-nascido, somente em 4,3% (4) dos partos este profissional esteve presente, posto que na referida instituição hospitalar o pediatra só realiza a visita diária pela manhã aos recém-nascidos internados.

5.2.3 Promoção de processos normais e prevenção de complicações

Neste componente, é possível apreender acerca das práticas desempenhadas fundamentalmente ao longo da atenção ao parto e prevenção de principais complicações nesse período. Nesta ótica, foram elencados os procedimentos rotineiros realizados, com o intuito de identificar as práticas desenvolvidas neste setor, e, conseqüentemente, traçar um panorama da atual conjuntura neste âmbito.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis referentes ao componente promoção de processos normais e prevenção de complicações, das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Promoção de processos normais e prevenção de complicações	N	%
Idade gestacional no momento do parto (n=92)		
< 37 semanas	12	13,0
37 ou mais	80	87,0
Tipo de Parto (n=92)		
Vaginal	48	52,2

Cesárea	44	47,8
Procedimentos na rotina de atenção ao parto		
Preenchimento do partograma	24	26,1
Estímulo à deambulação	32	34,8
Restrição de Líquidos e dieta no pré-parto	62	67,4
Tricotomia de rotina	18	19,6
Estímulo à adesão de posições verticais	11	12,0
Técnicas de relaxamento para alívio da dor	14	15,2
Aspersão ou imersão em água na primeira e segunda fase do trabalho de parto	24	26,1
Administração de ocitocina na terceira fase do trabalho de parto	32	34,8
Enema	-	-
Amniotomia	11	12,0
Episiotomia	23	25,0
Clampeamento tardio do cordão umbilical	3	3,3
Analgesia para alívio da dor no pós-parto	28	30,4
Administração de nitrato de prata 1% no recém-nascido	72	78,3
Administração de vitamina K no recém-nascido	91	98,9
Contato pele a pele nas primeiras 24 horas de nascimento	88	95,7
Permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante internação	89	96,7
Suporte e orientações que facilitem amamentação no hospital (n=90)		
Sim	58	64,4
Não	32	35,6
Amamentação da criança na primeira hora de vida (n=91)		
Sim	58	63,7
Não	33	36,3

Fonte: Própria Pesquisadora

Neste cenário, pode-se perceber que houve mudanças com relação ao tipo de parto no período analisado, com uma discreta sobreposição do parto normal (52,2%) ao parto cesárea (47,8%), associado a isto se tem que 87,0% (80) das puérperas atingiram as 37 semanas de idade gestacional, considerada o período ideal para garantia de um nascimento seguro e por vias naturais, com uma média de 39,0 semanas \pm 1,9. Entretanto, faz-se imperativo discorrer acerca de alguns procedimentos considerados benéficos, com base nas atuais evidências científicas, que ainda não foram incorporados completamente à assistência na referida instituição de saúde, como a importância do preenchimento adequado do partograma, presente em apenas 26,1% (24) dos partos, o estímulo à adesão de posições verticais durante o parto em 12,0% (11) e o clampeamento tardio do cordão umbilical, somente em 3,3% (3).

Em contrapartida, procedimentos e rotinas que devem ser extintos ainda se fazem presentes, como a restrição de líquidos e dieta no pré-parto, presente em 67,4% (62) dos partos, e a administração maciça de nitrato de prata 1% no recém-nascido em 78,3% (72) dos partos. Outro dado que merece destaque refere-se à administração de ocitocina na terceira fase do trabalho de parto, prática considerada benéfica para a prevenção de hemorragia pós-parto,

a qual ainda é insuficiente, ao ser realizada apenas em 34,8% (32) das puérperas e depende da rotina imposta pelo profissional médico, de solicitar ou não a sua administração. Quando atinente ao suporte e apoio à amamentação ofertado pelos profissionais de saúde do serviço em questão, percebe-se que 64,4% (58) das puérperas afirmaram que obtiveram ao longo da internação, bem como este mesmo percentual conseguiu amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida, contribuindo para a efetivação do aleitamento materno como prática fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil.

5.2.4 Gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves

Neste momento, englobamos os dois componentes do modelo relativo às mulheres e neonatos com complicações, tendo em vista que abrangem uma continuidade da assistência prestada ao manejo de possíveis complicações ao longo do período gravídico-puerperal. Neste contexto, esses componentes envolvem desde a presença de intercorrências gestacionais, o planejamento da assistência nesses casos e o tratamento adequado e oportuno.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis referentes aos componentes gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves das puérperas admitidas no setor obstétrico do Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves	N	%
Intercorrências na gestação		
Infecção do trato urinário	50	54,3
Infecção sexualmente transmissível	3	3,3
Pré-eclâmpsia	3	3,3
Plaquetopenia	1	1,1
Pneumonia	1	1,1
Sangramento Transvaginal	2	2,2
Pré-eclâmpsia	2	2,2
Eclâmpsia	1	1,1
Sem intercorrências	35	38,0
Antibioticoterapia na gestação (n=86)		
Sim	45	52,3
Não	41	47,7
Tratamento realizado durante o pré-natal (n=74)		
Infecção do trato urinário sintomática	30	40,6
Bacteriúria assintomática	20	27,0
Suplementação de vitamina A para as mulheres pós-parto (n=92)		
Sim	60	65,2
Não	32	34,8
Presença de complicação (n=11)		
Gestação	9	82,0

Parto	1	9,0
Puerpério	1	9,0
Agendamento de cirurgia cesariana (n=48)		
Sim	3	6,2
Não	45	93,8
Indicação de cirurgia cesárea (n=91)		
Apresentação pélvica	3	3,3
Desproporção céfalo-pélvica	3	3,3
Falha de indução	1	1,1
Sofrimento fetal	30	33,0
Pré-eclâmpsia	4	4,4
Idade gestacional superior a 41 semanas	2	2,2
Perda de líquido amniótico	1	1,1
Não se aplica	47	51,6
Presença de complicação com o bebê		
Gestação	-	-
Parto	-	-
Pós-parto	7	100,0
Tipo de complicação no pós-parto (n=7)		
Desconforto respiratório	3	42,9
Infecção	2	28,5
Perímetro cefálico aumentado	1	14,3
Síndrome de Patau	1	14,3
Necessidade de serviços específicos para recém-nascido pré-termo (n=92)		
Sim	1	1,1
Não	91	98,9

Fonte: Própria Pesquisadora

Diante dos apontamentos citados, percebe-se que 62,0% (57) das entrevistadas apresentaram alguma intercorrências ao longo da gestação, com prevalência para infecção do trato urinário (ITU) (54,3%), a qual se constitui uma patologia de ampla incidência na gestação, mas que pode ser completamente tratada a nível primário, pelos profissionais que atuam na unidade básica de saúde. É importante descrever que houve associação de ITU e pré-eclâmpsia em 3,3% dos casos, bem como entre ITU e IST também em 3,3% das entrevistadas. Assim, um percentual significativo de gestantes, ou seja, 67,6% (50) realizou tratamento para infecção do trato urinário durante o pré-natal, ao passo que foi exatamente durante esse período que foi realizado a detecção de complicações graves, atingindo um percentual de 82,0% (9).

Outro ponto que merece destaque refere-se às justificativas, provavelmente expostas pelos profissionais às mulheres, para a realização de cirurgias cesáreas, tendo em vista que a idade gestacional superior a 41 semanas e a perda de líquido amniótico, presentes em 3,3% (3) dos dados, não se caracterizam como indicações absolutas deste procedimento. Do mesmo modo, percebe-se que mesmo com as recomendações da Rede de incentivo ao

parto normal, no presente estudo ainda houve um percentual de 6,2% (3) relativo ao agendamento de cesariana eletiva, sendo relatado pelas puérperas que foi acordado previamente com o médico, para que no dia do seu plantão na instituição a mesma o procurasse para avaliação e posterior realização do procedimento.

Quanto à presença de complicações graves detectada no recém-nascido, infere-se que a percentagem foi reduzida no período analisado, sendo 100% (7) detectadas no puerpério, com prevalência de desconforto respiratório em 42,9% (3) destas. Faz-se relevante descrever que tais intercorrências relacionam-se à assistência prestada durante o trabalho de parto e parto, sendo necessária a imediata identificação e resolutividade dos casos. Assim, destas complicações identificadas, somente o recém-nascido diagnosticado com a síndrome de patau, correspondendo a 14,3% (1), necessitou de encaminhamento para serviço de referência de alta complexidade.

Em continuidade, a partir deste momento realizou-se a classificação das participantes em dois grupos: 1. Sem complicações: aquela que não apresentou nenhuma intercorrência ao longo da gravidez, parto e puerpério; 2. Com complicação: aquela que apresentou alguma intercorrência ao longo da gravidez, parto e puerpério. Deste modo, as participantes do grupo 1 abrangeram um percentual de 55,4% (51), identificadas neste estudo de puérperas com complicações, ao passo que as participantes do grupo 2 totalizaram 44,6% (41), identificadas de puérperas sem complicações.

Assim, foi realizada ainda a associação estatística entre as variáveis sociodemográficas, reprodutivas e obstétricas ao tipo de puerpério das mulheres (com e sem complicações), conforme é possível identificar na tabela abaixo:

Tabela 6 - Associação das variáveis sociodemográficas e reprodutivas ao tipo de puerpério. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Variáveis	Com Complicações	Sem Complicações	Valor p
Idade em anos	26,3 ± 6,8	24,4 ± 6,5	0,165 ¹
Escolaridade em anos	9,0 ± 3,0	9,7 ± 2,4	0,191 ¹
Renda	860,3 ± 633,8	929,9 ± 588,8	0,569 ²
Número de Gestações	2,1 ± 1,5	1,9 ± 1,5	0,582 ²
Número de Partos	1,8 ± 1,3	1,8 ± 1,5	1,000 ²
Número de Abortos	0,3 ± 0,7	0,1 ± 0,4	0,016²
Idade do Último Filho Vivo	5,9 ± 3,0	6,1 ± 4,6	0,617 ²
Número de Consultas pré-natais	9,1 ± 2,7	10,7 ± 13	0,834 ²
IG	38,9 ± 1,8	39,1 ± 2,0	0,746 ¹

¹ Teste t de Student; ² Teste de Mann-Whitney

Conforme os achados, pode-se perceber que houve associação apenas entre o número de abortos e a ocorrência de complicações, com um p de 0,016, ao compreender que a média de abortos em mulheres com complicações foi superior às demais, abrangendo $0,3 \pm 0,7$ abortos. Ademais, as mulheres que apresentaram complicação em sua maioria são procedentes do município de Iguatu (53,7%), encontram-se em união estável (66,7%), exercem atividade extra-lar (46,2%) e se autodeclararam pardas (65,9%).

Tabela 7 - Associação das variáveis clínicas e reprodutivas ao tipo de puerpério. Iguatu, Ceará, Out. a Dez., 2016.

Variáveis	Com Complicações n (%)	Sem Complicações n (%)	Valor p
Profissional que realizou o pré-natal			
Enfermeiro somente	1 (2,4)	1 (2)	0,794 ²
Médico somente	2 (4,9)	1 (2)	
Enfermeiro e médico	38 (92,7)	47 (95,9)	
Exames realizados na gestação			
ABO-Rh			
Sim	39 (95,1)	49 (96,1)	1,000 ²
Não	2 (4,9)	2 (3,9)	
Glicemia de jejum			
Sim	39 (95,1)	45 (88,2)	0,291 ²
Não	2 (4,9)	6 (11,8)	
Teste oral de tolerância à glicose			
Sim	3 (7,3)	11 (21,6)	0,059 ¹
Não	38 (92,7)	40 (78,4)	
Teste rápido para sífilis			
Sim	19 (46,3)	22 (43,1)	0,759 ¹
Não	22 (53,7)	29 (56,9)	
Teste rápido para HIV			
Sim	29 (70,7)	38 (74,5)	0,686 ¹
Não	12 (29,3)	13 (25,5)	
VDRL			
Sim	28 (68,3)	35 (68,6)	0,973 ¹
Não	13 (31,7)	16 (31,4)	
Hepatites B e C			
Sim	3 (7,3)	8 (15,7)	0,334 ²
Não	38 (92,7)	43 (84,3)	
HBsAg (1º e 3º trimestre)			
Sim	27 (65,9)	27 (52,9)	0,211 ¹
Não	14 (34,1)	24 (47,1)	
Sorologia para toxoplasmose			
Sim	26 (63,4)	32 (62,7)	0,947 ¹
Não	15 (36,6)	19 (37,3)	
Hemoglobina e hematócrito			
Sim	37 (90,2)	46 (90,2)	1,000 ²
Não	4 (9,8)	5 (9,8)	
Urina-EAS			
Sim	36 (87,8)	46 (90,2)	0,747 ²
Não	5 (12,2)	5 (9,8)	

Urinocultura			
Sim	20 (48,8)	19 (37,3)	0,266 ¹
Não	21 (51,2)	32 (62,7)	
Coombs indireto			
Sim	3 (7,3)	2 (3,9)	0,653 ²
Não	38 (92,7)	49 (96,1)	
Residência próxima à Unidade Básica de Saúde			
Sim	24 (58,5)	39 (76,5)	0,066 ¹
Não	17 (41,5)	12 (23,5)	
Residência próxima ao local de realização dos exames			
Sim	11 (26,8)	17 (34)	0,461 ¹
Não	30 (73,2)	33 (66)	
Residência próxima à maternidade			
Sim	5 (12,2)	13 (25,5)	0,110 ¹
Não	36 (87,8)	38 (74,5)	
Profissional responsável pela maior parte das orientações			
Médico	11 (26,8)	17 (34)	0,816 ²
Enfermeiro	27 (65,9)	28 (56)	
ACS	0 (0)	1 (2)	
Médico e enfermeiro	3 (7,3)	4 (8)	
Risco da Gravidez			
Risco Habitual	36 (90)	48 (94,1)	0,695 ²
Alto risco	4 (10)	3 (5,9)	
Tipo de Parto			
Vaginal	21 (51,2)	27 (52,9)	0,869 ¹
Cesáreo	20 (48,8)	24 (47,1)	

¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste exato de Fisher

Diante do exposto, é pertinente destacar que as variáveis clínicas e reprodutivas não apresentaram associação estatística com a ocorrência de complicações. Ao passo que, ficou próximo à ocorrência de significância, com $p=0,059$, a não realização do teste oral de tolerância à glicose. Quando relativo aos dados obstétricos, com referência ao atendimento pré-natal, infere-se que estas realizaram as consultas conjuntamente com médico e enfermeiro (92,7%), bem como realizaram em sua maioria os principais exames recomendados durante a gestação, com exceção para o teste rápido de sífilis, que apresentou um quantitativo superior de não realização (53,7%). No que se refere ao componente logístico de planejamento, verificou-se que um percentual significativo não reside próximo ao local de realização dos exames (73,2%) e da maternidade de referência (87,8%), bem como a gestação de grande parte destas foi classificada como de baixo risco (90,0%) e a via de parto foi vaginal (51,2%).

6 DISCUSSÃO

Na contemporaneidade, dissertar acerca da saúde materna e neonatal é complexo, tendo em vista que mesmo sendo uma temática bastante debatida mundialmente pelos pesquisadores da área, muitas lacunas ainda encontram-se presentes, sendo expressas por altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal em países em desenvolvimento, como o Brasil. As políticas públicas de saúde desenvolvidas neste âmbito tem procurado atenuar essa situação, com maior destaque para a atual estratégia implementada pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, a qual se constitui como uma linha de cuidado transversal que visa à humanização e qualidade do cuidado obstétrico e neonatal (BRASIL, 2014b).

O conhecimento acerca das práticas em saúde dispensadas nessa fase da vida da mulher faz-se indispensável para que se possa realizar uma avaliação mais aprofundada do contexto em que esta população está inserida, e consequentemente traçar medidas de planejamento a curto, médio e longo prazo e propor a sua implementação no cotidiano dos serviços em todos os níveis de atenção. É notório que muitos são os estudos que se dispõem a investigar as práticas desempenhadas a nível secundário, geralmente voltando a abordagem para a atuação dos profissionais ao parto normal, todavia, a realização de estudos com vistas a avaliar como a Rede encontra-se estruturada, os nós críticos presentes ao longo do percurso, e a importância da adequação das ações embasadas em evidências científicas condizentes ainda são escassos, especialmente a nível da região Nordeste do Brasil.

Segundo informes da Secretaria de Saúde do Estado, a implantação da Rede Cegonha no Ceará seguiu os parâmetros nacionais, com a adesão completa, por meio dos Planos Regionais da Rede Cegonha e adequação gradual dos componentes estruturantes. Assim, em decorrência de sua recente implantação na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará, faz-se relevante compreender como se encontra inserida a Rede para que se possa identificar em quais pontos há entraves, melhorias e, por conseguinte, precisam-se de reformulação e planejamento. Em virtude da dificuldade de se avaliar a Rede como um todo no atual cenário, utilizou-se como referencial teórico o QMNC. É importante descrever que apenas as mudanças estruturais propostas e implementadas nos planos não foram suficientes para o acréscimo na qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde em questão, as quais carecem serem acompanhadas de capacitação contínua dos profissionais, reformulação e adequação de normas vigentes nos diversos níveis de atenção, dentre outros.

6.1 Caracterização sociodemográfica e reprodutiva das puérperas

Os dados sociodemográficos mostraram uma população com um percentual mais elevado na faixa de idade entre 20 e 29 anos (52,2%), com média de 25,2 anos, corroborando as estimativas do Ministério da Saúde, o qual considera que essa faixa etária se encaixa no período ideal para a primeira gestação, compreendido entre 15 e 35 anos de idade, já que tem-se observado um fenômeno de aumento no número de gestação tardias nos últimos anos, acompanhados da redução de partos em mulheres com menos de 20 anos e aumento daquelas com mais de 30 anos. Destaca-se que o período de maior fecundidade concentra-se nessa faixa-etária de 20 e 34 anos, bem como a ocorrência de gestação nesse período é associado a uma redução de riscos maternos (BRASIL, 2012a; HERCULANO et al., 2012).

Em continuidade, os dados também evidenciaram a união estável com companheiro (79,8%) como predominante e um quantitativo significativo de mulheres referiu exercer atividades laborais extra-lar (50%), apresentando um percentual de 5 a 12 anos de estudo (88,8%) e renda entre um salário mínimo ou inferior (61,9%). Diante disso, percebe-se que apesar de estar se dedicando mais aos estudos como forma de capacitação e exercendo atividades remuneradas, os rendimentos ainda são inferiores ao desejado, especialmente se levarmos em conta que o número de coabitantes variou entre 2 a 5 (81,1%). Esta modificação do perfil feminino é decorrente de inúmeros fatores, dentre eles, o acesso aos métodos contraceptivos, a inserção maciça da mulher no mercado de trabalho e participação como provedora do lar junto ao marido (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Ademais, um estudo recente realizado com mulheres que tiveram parto normal em 13 dos 14 hospitais de Goiânia, com uma amostra de 404 partos, encontrou dados semelhantes com união consensual em 76,5% da amostra e 9 a 11 anos de escolaridade (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Em outro estudo, no qual foram analisados os cartões das gestantes de 81 puérperas, em um hospital de média complexidade do Rio Grande do Norte, verificou que a idade variou entre 20 e 30 anos (56,8%), apresentavam estado civil de casa ou em união consensual (90,1%), tinham 8 a 12 anos de estudo (53,1%), com renda inferior a um salário mínimo (72,8%) (COÊLHO et al, 2015). Já em um estudo realizado em um hospital no interior do Rio Grande do Sul, evidenciou dados similares, já que uma parte destas mulheres exerciam atividades laborais remuneradas (42,8%), bem como um percentual significativo (57,1%) ocupavam-se no âmbito doméstico ou estudavam (REIS et al., 2015).

Quando atinente aos dados reprodutivos, refere-se que a maioria das mulheres eram primíparas (56,5%) e dentre as multíparas a média do intervalo interpartal foi de 6 anos,

com predominância da via abdominal (52,5%). De acordo com a literatura nacional, a vivência de gestações prévias pode reduzir a busca por consultas pré-natais em gestações posteriores, bem como tanto o intervalo interpartal curto, inferior a 2 anos, quanto o longo, superior a 5 anos, pode atrapalhar a adesão aos serviços de saúde e caracterizam-se como fatores de risco para complicações maternas. Estudo realizado em hospital-escola de médio porte em Santa Catarina, destacou que as mulheres eram em sua maioria primíparas (51,3%), bem como realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal (70,3%), pariram na posição vertical (55,5%), totalizando 67,4% de partos vaginais (BRASIL, 2012a; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; BRUGGEMANN et al., 2011).

6.2 Categorias Práticas

6.2.1 Educação, informação e promoção da saúde

No primeiro componente desta categoria, Renfrew et al. (2014) destaca que devem estar presentes desde orientações acerca dos principais cuidados a serem realizados ao longo da gestação, como a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, até as medidas de educação em saúde, abrangendo ações desde adoção de hábitos alimentares saudáveis até a importância do planejamento familiar e uso de contraceptivos após o parto.

Nesta ótica, no presente estudo, a participação em atividades educativas ao longo da gestação não obteve crescimento proporcional ao número de consultas, de modo que um percentual significativo de mulheres (57,6%) afirmou não ter conhecimento desses momentos de partilha coletiva de experiências como benéficos para o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Assim, não é cabível nesse momento, apenas culpabilizar as usuárias pelo desinteresse em ações de cunho coletivo de aprendizado, como a participação em grupos de gestantes, por exemplo, já que o modo de abordagem realizado pelo profissional de saúde também contribui para a aceitação da mulher e sua família.

Os estudos recentes desenvolvidos neste âmbito apontam que a educação em saúde consiste em um meio facilitador para a qualidade do cuidado à saúde da mulher, mediante a possibilidade de um amplo aprendizado, envolvendo desde os direitos sexuais e reprodutivos aos tipos de parto, o que vem a contribuir para acréscimo da autonomia e tomada de decisões, bem como redução da limitação de conhecimentos. Para que isto aconteça é preciso planejamento das atividades, seja em caráter individual ou coletivo, as quais devem abranger as reais necessidades de saúde do indivíduo ou grupo, mediante o entendimento

prévio do modo de vida dos protagonistas: a gestante, o bebê e sua família. Assim, a humanização e o acolhimento são fatores predisponentes para uma relação interpessoal satisfatória entre profissional e usuários, haja vista que as práticas educativas não se referem a ações isoladas e pontuais, pelo contrário, elas deverão ocorrer ao longo de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, tendo como foco a preparação para a vivência desta jornada (STUMM; SANTOS; RESSEL, 2012; BRITO et al., 2015; QUADROS; REIS; COLOMÉ, 2016).

A participação do enfermeiro neste processo é fundamental, ao passo que 60,4% das entrevistadas referiram que o enfermeiro foi responsável pela maior parte das orientações recebidas, o que vem a corroborar a importância da atuação de enfermagem neste âmbito, não apenas como técnico, mas também como promotor da saúde, por meio de ações de cunho educativo, abrangendo para isto a compreensão de um bom relacionamento com a sua clientela.

A prática educativa durante a gestação permite a vivência e partilha de saberes entre as mulheres e os profissionais de saúde, ao concretizar-se como uma ação diferenciada e potencializadora das ações de promoção da saúde. Ademais, um cuidado qualificado é composto por dois componentes, tanto a competência técnica quanto o relacionamento interpessoal entre os profissionais, as mulheres e a sua rede social de apoio. Os grupos de gestantes são considerados ferramentas fundamentais de suporte, por meio do acolhimento, participação coletiva, diálogo, vínculo e corresponsabilização, ou seja, pressupostos compartilhados pela humanização da assistência. O grupo assume um papel aditivo nas ações desempenhadas pelo profissional em consulta individual, visto que gera uma dinâmica que favorece o compartilhamento de experiências mediante uma relação não hierarquizada entre todas as partes envolvidas, efetivando-se como instrumento fundamental na diminuição da mortalidade materna e neonatal (NEVES et al., 2013; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

As mudanças no perfil epidemiológico e de constantes inovações tecnológicas na saúde proporcionaram melhorias no âmbito materno-infantil, haja vista o seu crescente protagonismo nas últimas décadas, com a organização do sistema voltada à prevenção e promoção da saúde. Desde a década de 80, com a implantação do PAISM, há registros de discussões nesta linha, entretanto, as ações não se efetivaram na prática dos serviços. Já na década de 90, dois programas lograram relevância como forma de reorganização do modelo assistencial: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com a posterior designação de Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesta ótica,

a Rede Cegonha tem como intuito a operacionalização de todas as políticas anteriormente criadas associada a um diferencial: a efetivação da articulação dos distintos pontos de atenção mediante a regionalização e integralidade do cuidado, pressupostos do SUS (FERNANDES; VILELA, 2014).

Diante do exposto, no presente estudo constatou-se o aumento do número de consultas pré-natais, o que vem a corroborar os dados de estudos nacionais, contudo, torna-se relevante questionar a qualidade ante a quantidade de procedimentos e práticas, tendo como foco a abordagem integral e humanizada da assistência. Narchi et al. (2013) delineiam que esta ampliação da cobertura não tem efetivado a qualidade da atenção ao longo do ciclo gravídico-puerperal, trazendo como recomendações a importância da capacitação dos profissionais, aperfeiçoamento da qualidade das consultas e seguimento individual e familiar dessas gestantes, contribuindo para o diagnóstico de situações de risco materno e perinatal, preparo para o parto, maternidade, aleitamento, puerpério, dentre outros.

Segundo os apontamentos de Santos Neto et al. (2012b), o cartão da gestante foi criado em 1988, tendo como finalidade o armazenamento de informações e a facilidade na comunicação entre os profissionais responsáveis pela atenção em distintos pontos. A carência de informações nos cartões pode expressar transversalmente a qualidade do serviço de saúde materno-infantil no âmbito primário, bem como restringir as informações necessárias para avaliar, organizar e planejar as práticas do sistema de saúde.

Um componente que merece destaque nessa abordagem refere-se ao preenchimento da curva de classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) da gestante, ao passo que em 73,9% das participantes este se encontrava ausente. No entanto, 93,4% afirmaram ter recebido orientações quanto à alimentação saudável e ganho peso durante a gestação. Deste modo, cabe aqui realizar uma reflexão acerca desse cenário, posto que ou os profissionais envolvidos na assistência pré-natal estão subestimando a importância da verificação e acompanhamento do peso, ou não estão registrando adequadamente no cartão da gestante todas as informações colhidas e procedimentos realizados ao longo das consultas.

Coelho et al. (2015) ratificam esse achado em seus estudos, com reduzido percentual de preenchimento da curva peso/idade gestacional, o qual suscita que os profissionais envolvidos na atenção à gestante não estão ofertando a devida importância a este procedimento. Ademais, a avaliação adequada do peso gestacional é indicativa de condutas específicas e céleres pelo profissional, haja vista que o ganho de peso refere-se ao desenvolvimento dos tecidos maternos, elevação do volume sanguíneo e extracelular, formação do líquido amniótico, bem como crescimento fetal. Assim, o ganho ou perda de

peso pode estar intimamente associado ao crescimento fetal restrito, enquanto a elevação demasiada de peso nesta fase interliga-se ao aumento da incidência de intercorrências obstétricas.

Por se tratar de um procedimento técnico que não demanda um aparato tecnológico complexo, a sua não realização não pode ser justificada pela falta de recursos disponíveis, mas decorrente de uma série de fatores que vão desde o tempo necessário para realização da assistência, cobrança dos gestores pela parte burocrática da unidade de saúde, sobrecarga de trabalho do profissional, até a possibilidade de despreparo técnico na área ginecológica e obstétrica dos profissionais da atenção primária. Tais questionamentos não pretendem desmerecer todos os avanços obtidos na área materna e neonatal, posto que é inegável que houve um acentuado progresso, especialmente relativo ao crescente acesso das mulheres em idade reprodutiva aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde nos distintos pontos de atenção, porém é preciso atentar para a continuidade do cuidado e qualidade das ações.

Em continuidade, foi possível apreender a importância de se olhar mais a fundo para o puerpério, posto que foi possível identificar que a consulta puerperal ainda constitui-se uma lacuna na rotina dos serviços de saúde, não do ponto de vista da sua realização, mas da informação durante o pré-natal e pós-parto imediato, denotando que 64,1% das puérperas afirmaram que não tinham conhecimento acerca da sua realização no retorno ao lar. Levando em consideração que 56,5% destas mulheres são primíparas e que 39,1% das gestações não foram planejadas, apreende-se que estas estão passando por profundas e intensas modificações biopsicossociais, necessitando de um maior acompanhamento por parte do serviço de saúde.

De acordo com Brasil (2012a), a assistência à puérpera abrange o regresso do binômio ao serviço de saúde, assim como a visita domiciliar do 7º ao 10º dia de puerpério associada a uma consulta médica ou de enfermagem com 42 dias de pós-parto. Entretanto, compreende-se que a realidade da atenção à puérpera distancia-se das recomendações dos órgãos de classe que norteiam o exercício do enfermeiro, posto que estes constroem aleatoriamente o seu próprio roteiro de consulta, ficando sob sua responsabilidade o julgamento do que é relevante ser analisado junto à mulher. Logo, uma lacuna neste cenário seja a inexistência de um instrumento sistematizado padrão-ouro que aborde todos os passos necessários para uma consulta de enfermagem à puérpera no cenário da atenção primária (MAZZO; BRITO, 2016).

Em continuidade, quanto às orientações referentes ao período puerperal apreende-se que houve um baixo percentual de mulheres que foi informada durante o pré-natal acerca da consulta pós-natal (35,9%) e do uso de contraceptivos após o parto (25%), o que denota a presença de um cuidado pontual e não contínuo, especialmente voltando as orientações para as alterações palpáveis e visíveis ao longo da gravidez e não se sensibilizando para a vivência do puerpério.

Barbosa et al. (2016) descreve que a mulher primípara encontra diversas barreiras no cuidado de si e do recém-nascido no período do puerpério imediato, bem como não recebe suporte profissional suficiente e apropriado após a alta hospitalar, o que vem a comprometer a sua adaptação a mais um papel: a maternidade. Sugere-se a incorporação de programas e tecnologias de psicoeducação pós-parto como método eficaz na melhoria da saúde da primípara e prevenção da depressão puerperal e efetivação de apoio social. Deste modo, a atenção de enfermagem demanda que sejam realizadas ações que vislumbrem a promoção do autocuidado da puérpera, sendo fundamental a sua efetivação desde o primeiro encontro, ao trabalhar a relação enfermeiro-gestante/puérpera, a fim de propor intervenções que sejam capazes de satisfazer as reais necessidades de saúde dessa mulher.

6.2.2 Avaliação, triagem e planejamento do cuidado

No segundo componente desta categoria a abordagem é voltada para a avaliação, triagem e planejamento de ações com vistas a atuar na prevenção de possíveis complicações (RENFREW et al, 2014)

As ações essenciais de atenção ao pré-natal foram regulamentadas em todo o território brasileiro desde o ano 2000, as quais incluem: início precoce até a 12^a semana gestacional, realização mínima de seis consultas, garantia de exames mínimos como a tipagem sanguínea, fator Rh, dosagem de hemoglobina, hematócrito e glicemia de jejum, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), testagem anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), bem como a administração das vacinas, classificação do risco gestacional e presença de atividades educativas. A adoção destes critérios visa o estabelecimento de padronização para avaliação dos serviços de saúde, do nível ambulatorial ao terciário, com o intuito de prestar um cuidado qualificado e humanizado à mulher e seu conceito (SANTOS NETO et al., 2012a).

Quando relativo aos principais exames clínicos rotineiros à consulta de acompanhamento pré-natal, como avaliação da pressão arterial, medição da altura uterina,

verificação de movimentos e ausculta dos batimentos cardíacos fetais foram significativamente relatados pelas participantes, atingindo percentuais superiores a 95% de concordância, com exceção apenas da avaliação das mamas e colpocitologia oncótica, que abrangeu uma taxa de 65,2% e 80,4% de não realização, respectivamente, fatos estes que podem interferir no processo de preparação para a amamentação e diagnóstico preventivo de lesões cervicais e infecções sexualmente transmissíveis.

Os dados encontrados nesse estudo corroboram com as pesquisas nacionais, as quais delineiam que estes procedimentos de acompanhamento comuns durante as consultas são realizados, segundo informações obtidas pelas mulheres, porém nem sempre registrados nos cartões ou prontuários pelos profissionais. Entretanto, quando referente à realização do exame das mamas e ginecológico houve divergência com os estudos prévios em distintos estados brasileiros, que obtiveram cerca de 40% a 60% de realização por enfermeiros e médicos durante o pré-natal. Assim, sugere-se a realização de inquéritos de concordância entre as diversas fontes de informação neste âmbito, como forma de se estabelecer perspectivas avaliativas do serviço de atendimento à gestante (SANTOS NETO et al., 2012b).

Quando atinente aos exames recomendados durante o acompanhamento pré-natal, percebe-se que houve uma melhoria do acesso durante a gestação, de modo que mais de 80% afirmaram ter realizados os principais exames, todavia, vale destacar que um número significativo de participantes destacou que em virtude de alguns entraves para realização no sistema público, optou por realizá-los mediante o pagamento direto. Outro ponto importante refere-se ao aconselhamento necessário para a solicitação do anti-HIV, situação esta que mediante as entrevistas percebeu-se pelas falas das participantes não ser realizada, sendo que no presente estudo em 89,9% dos casos o exame foi realizado e encontrava-se registrado no prontuário, contudo, ao indagar a puérpera a mesma referia não ter sido informada.

De acordo com Gomes; Oliveira; Fonseca (2015), os protocolos do ministério da saúde recomendam a importância da autonomia feminina, a qual deve ser consultada e aconselhada acerca da realização do teste anti-HIV, todavia, na prática não há nem a comunicação com a mulher antes da realização e muito menos o retorno dos resultados, posto que os autores encontraram um percentual de somente 37,4% de mulheres que foram submetidas ao teste rápido e receberam o resultado em tempo oportuno. Ademais, sugere-se como medida mais efetiva a ampliação dos testes rápidos durante o pré-natal, para redução da transmissão vertical de doenças, especialmente quando realizadas no terceiro trimestre da gestação.

Conforme Herculano et al. (2012), estes avanços obtidos na atenção ao período gravídico-puerperal desde a atenção primária, com o acesso e acréscimo da cobertura pré-natal e dos exames laboratoriais, até a atenção secundária, como o incentivo ao parto normal e a seguimento de protocolos assistenciais de intercorrências, não tem gerado desfechos significativos para a redução da mortalidade materna. De modo que, duas das principais causas permanecem sendo as hemorragias e hipertensão arterial, as quais podem ser evitáveis mediante um cuidado qualificado durante o pré-natal e parto. Assim, compreende-se que uma assistência pré-natal de qualidade e de fácil acesso potencializa o reconhecimento de sinais ou possíveis fatores de risco, prosseguida de intervenções a serem aplicadas e tempo oportuno.

Por isso, é preciso que o sistema esteja bem estruturado, ao garantir o encaminhamento adequado das pacientes, respeitando as queixas e sintomatologia expostas, e conduzindo-as ao serviço pertinente e resolutivo, não agravando o seu estado de saúde e o cenário de socorro das urgências e emergências obstétricas. Dentre estas principais intercorrências estão: infecções, hipertensão arterial prévia ou atual, hemorragia, cardiopatia, asma aguda e distúrbios tromboembólicos, entre outros. A morte materna é decorrente de acontecimentos mal sucedidos, falha no acolhimento à gestante e/ou puérpera, carência de suporte familiar ou social, bem como pela inadequação dos serviços de saúde. Diante disso, é importante que todos os profissionais atuantes na rede, desde a atenção primária até o nível mais complexo, estejam preparados para realizar a identificação dos riscos, tratar ou encaminhar o mais rapidamente possível essas mulheres. A qualificação de todas as portas de atenção e o entendimento de que as situações de emergência são responsabilidades de todos os níveis de atenção do SUS, são pressupostos fundamentais para qualquer área de cuidado, sem exceção da obstétrica (MICHILIN et al., 2016).

A presença do acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e puerpério, garantido pela Lei nº 11.108/2005 e regulamento pela Portaria nº 2418/2005, não se encontra efetivado na maternidade em questão, mesmo após a estruturação preconizada pela Rede Cegonha, tendo em vista que apesar da reforma do setor obstétrico, o mesmo ainda não consegue absorver toda a demanda da Região de modo satisfatório, com a reorganização de leitos de Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP) em enfermarias coletivas, justificativa exposta pelos profissionais para a não aceitação da presença do acompanhante de livre escolha pela parturiente na admissão hospitalar, sendo permitida somente a presença de acompanhantes do sexo feminino. Os resultados de uma metanálise abrangendo 15.060 mulheres apontam que a presença de acompanhante potencializa a duração do trabalho de parto, bem como

proporciona maior frequência de parto transvaginal, com menores taxas de uso de analgesia e aumento da satisfação da parturiente (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

É relevante delinear que no presente estudo verificou-se durante a observação da rotina institucional que o acompanhamento do parto é realizado em sua maior parte pelo médico obstetra (85,7%), ao passo que somente é realizado pela enfermeira obstetra e/ou técnica de enfermagem em caso de impossibilidade do primeiro, como quando o mesmo encontra-se no centro cirúrgico. Segundo Giglio; França; Lamounier (2011), apesar deste ser um dos principais indicadores preconizados pela OMS para avaliação da qualidade da assistência, o acompanhamento do parto por profissional de saúde, em especial o obstetra, encontra-se muito abaixo do que é recomendado pelas recentes evidências científicas.

Outro dado relevante refere-se ao baixo percentual encontrado quanto à presença do pediatra em sala de parto (4,3%), posto que tal resultado revela que ou a gestão não atentou para a importância e necessidade da atuação deste profissional em regime de 24 horas ou a carência de determinadas especialidades ainda se faz presente em determinadas localidades, ocasionando a não permanência deste profissional. A portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, a qual institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, destaca que a assistência deve ser realizada por profissional capacitado (em caso de médico, preferencialmente pediatra ou neonatologista, e em caso de enfermeiro, preferencialmente obstetra ou neonatal) desde o período imediatamente anterior ao parto até o encaminhamento ao alojamento conjunto ou à unidade neonatal (BRASIL, 2014c).

Reis et al. (2015) corroboram a importância da inserção e reapropriação da cena de parto por parte do enfermeiro, de modo que estudos nacionais apresentam que as taxas de intervenções obstétricas relacionam-se com o profissional envolvido na atenção ao parto, ou seja, são significativamente inferiores quando os responsáveis pelo cuidado são os enfermeiros. As evidências científicas neste campo comprovam a relação entre o modelo intervencionista biomédico hegemônico e a elevação da morbimortalidade materna no sistema público e privado, assim, a atuação das enfermeiras obstetras, permeado pelo cuidado menos intervencionista, além de favorecer a capacidade de autoconfiança contribuirá em longo prazo para a redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil. Portanto, acredita-se que a real incorporação da enfermagem obstétrica no cotidiano dos serviços de atenção ao parto poderá atuar como um agente facilitador para a melhoria da qualidade do cuidado obstétrico.

6.2.3 Promoção de processos normais e prevenção de complicações

No terceiro componente desta categoria há a abordagem de condutas preventivas e promocionais de saúde a serem desenvolvidas pelos profissionais desde o acompanhamento pré-natal, mediante orientações e acompanhamento adequado, até a realização de intervenções necessárias durante a atenção ao parto e puerpério (RENFREW et al., 2014).

A assistência materno-infantil de qualidade, humana e segura associa-se a adequadas práticas de cuidado ao parto e nascimento, de modo que as maternidades têm como escopo integrar esse novo modelo de cuidado, seguindo as diretrizes propostas pelos órgãos nacionais e internacionais durante o trabalho de parto e parto, dentre as quais estão: ofertar líquidos por via oral, apoiar de modo empático os usuários do serviço, acatar a o direito da mulher à presença de acompanhante ao longo de todo o processo parturitivo, prover informações necessárias, utilizar métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, ofertar ausculta intermitente e liberdade de posição e movimentação, estimular posições verticais, utilizar o partograma e o contato pele a pele o mais precoce possível entre o binômio, bem como estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida do neonato (FUJITA; SHIMO, 2014).

Nesta investigação verificou-se ainda uma alta taxa de parto cesárea (47,8%), o qual apesar de ter sido sobreposto pelo parto normal (52,2%), apresentou uma pequena diferença de 4,4% entre os dois tipos. Corroborando estes achados, no atual contexto, a cesárea caracteriza-se como a via de parto predominante, atingindo um percentual de 85% e 40% em serviços privados e públicos de saúde, respectivamente, quando não deveria ultrapassar os 15% recomendados pela OMS. A realização deste procedimento é de fundamental relevância para a garantia da saúde materna e neonatal, contudo, quando realizada sem indicação adequada pode favorecer o risco de complicações. Ademais, é válido mencionar que quando se trata de cesárea eletiva, na maior parte das vezes esta é decorrente do efeito rebote, ou seja, da má qualidade dos serviços prestados à mulher no parto vaginal em todo o país (QUADROS; REIS; COLOMÉ, 2016).

Nesta perspectiva, a literatura especializada ratifica que o cuidado pré-natal e ao parto de qualidade está intimamente relacionado à redução dos índices de mortalidade materna e neonatal nos países em desenvolvimento, posto que se constata uma elevada heterogeneidade na distribuição da assistência. Como exemplo, há evidências de que a opção pela via de parto relaciona-se mais aos aspectos socioculturais e econômicos do que a real indicação médica, de modo que o parto normal ocorre mais frequentemente na população com

menor poder aquisitivo, sendo na maior parte das vezes questionada a qualidade do cuidado (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Outro dado relevante examinado neste estudo refere-se ao uso do partograma, o qual apesar de encontrar-se presente em todos os prontuários das participantes do estudo somente um pequeno percentual encontrava-se preenchido (26,1%), assim como não foi perceptível a sua importância por parte dos profissionais, haja vista que não há o preenchimento adequado e completo do mesmo, independente do tipo de parto. Diversos estudos delineiam a importância da utilização deste instrumento para o diagnóstico de mudanças na evolução do trabalho de parto e a possibilidade de intervenções em tempo oportuno com a garantia do bem-estar materno-fetal. Contudo, os dados de um estudo realizado em maternidades do Rio de Janeiro, corroboram a necessidade de se verificar o preenchimento das reais avaliações realizadas pelos profissionais de saúde, posto que o ratificando os achados, o partograma encontrava-se presente em 92% dos prontuários, todavia estavam com informações incompletas ou ausentes (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Quanto às práticas benéficas para a mãe e especialmente, o recém-nascido, recentemente, as evidências científicas são favoráveis ao clampeamento tardio do cordão umbilical, mediante os benefícios apresentados a curto e longo prazo. Na realidade em questão, observou-se que essa ainda não é uma prática adotada pela rotina institucional, obtendo-se um quantitativo de 90,2% de clampeamento imediato do cordão. Dentre os efeitos negativos imediatos do clampeamento imediato tem-se o insuficiente volume sanguíneo circulante, tornando-se mais evidente em recém-nascidos pré-termos e/ou de baixo peso, em virtude da maior suscetibilidade à hipotensão, a qual é um fator de risco para a hemorragia intraventricular. Pelo contrário, entre os benefícios em longo prazo do clampeamento tardio tem-se a elevação do volume sanguíneo e conseqüentemente das taxas de reserva de ferro, ou seja, atua na prevenção da carência de ferro e anemia durante a infância, sendo uma prática positiva em países em desenvolvimento, haja vista que as estimativas demonstram um percentual superior a 50% de lactentes que serão anêmicos ao final do primeiro ano de vida (BRASIL, 2011d).

A administração do nitrato de prata a 1% no recém-nascido, presente 78,3% dos nascimentos, constitui-se como procedimento rotineiro na instituição em questão como medida profilática para a conjuntivite neonatal. Passos; Agostini (2011) descrevem em um estudo de revisão acerca da prevenção da conjuntivite neonatal, que não há um protocolo comum adotado pela comunidade internacional, posto que enquanto em nações como o Reino

Unido e a Austrália a realização deste procedimento não é realizada, em outras como os Estados Unidos esta prática é considerada obrigatória por lei. Em nosso país, publicação recente do ministério da saúde recomenda a realização da prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de credé, com a administração de uma gota de nitrato de prata a 1% no fundo do saco lacrimal inferior de cada olho, no rol dos cuidados de rotina após a estabilização do recém-nascido na sala de parto (BRASIL, 2012c).

O contato pele a pele entre o binômio mãe-filho e a permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante a internação em alojamento conjunto são fatores benéficos e que são estimulados, mediante um percentual superior a 95% no presente estudo. Contudo, o estímulo à amamentação na primeira hora de vida obteve uma percentagem de 63,7%. Diante disso, Moura et al. (2014) delineiam que a amamentação precoce constitui-se como um fator imprescindível para a concretização do vínculo entre mãe e filho, já que nas primeiras horas de vida o recém-nascido estará em estado de alerta, mediante a elevação dos níveis de catecolaminas, o que, conseqüentemente, proporcionará benefícios para o início do aleitamento materno. Os autores supracitados descrevem ainda que apesar de ser realizado por aproximadamente apenas 43% das mães brasileiras, estudos anteriores ratificaram que o estabelecimento precoce do contato pele a pele contribui para o aleitamento materno exclusivo. Um estudo prévio, realizado com 21 puérperas internadas no alojamento conjunto de uma maternidade escola, ratificou tais achados com 71,4% de amamentação nos primeiros 30 minutos de vida do recém-nascido e 42,9% de amamentação ainda na sala de parto (RODRIGUES et al., 2013).

No presente estudo foi possível apreender que na instituição em questão ainda há a presença de algumas práticas que devem ser desencorajadas e conseqüentemente extintas da rotina, como o baixo estímulo à deambulação, referido em apenas 34,8%, a restrição de líquidos e dieta no pré-parto (67,4%) e o não estímulo à adesão de posições verticais durante o trabalho de parto, sendo relatado por apenas 12,0% das puérperas. Assim, é preciso atentar para tais achados com vistas a propor reformulações dessas rotinas ainda vigentes nos dias atuais, e, conseqüentemente, incorporar as práticas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis na área.

De acordo com o dossiê “Violência Obstétrica: parirás com dor”, elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio, ainda permeia na prática da assistência obstétrica um modelo de atenção tradicional, no qual é usurpado da mulher o protagonismo na cena de parto, com a persistência de rotinas hospitalares, sem autonomia de decisão e opções à sua disposição, assim como exposição a práticas sem evidências científicas que embasem a sua

adequada utilização, e na maior parte das vezes desnecessárias e prejudiciais à saúde do binômio mãe-bebê. Sobretudo, com a implantação da Rede Cegonha pretende-se consubstanciar o propósito de mudança, com o resgate da autonomia, da visão do parto como fisiológico e reinserção da família neste cenário, tendo como agente facilitador, a sensibilização, incorporação e valorização da enfermeira obstetra (FUJITA; SHIMO, 2014).

Conforme os apontamentos de Sena et al., 2012, nos dias atuais, a enfermagem obstétrica vem retornando gradativamente ao seu ambiente, sendo a sua presença associada a uma maior qualidade da assistência prestada ao binômio. A crescente valorização da profissão neste cenário, parte de uma visão de humanização no processo de partear, desmedicalização e reinserção do parto como evento fisiológico e natural na vida da mulher. Consequentemente, tais mudanças têm gerado embates com a categoria médica, a qual não aceita perder o espaço anteriormente ocupado e dominado, todavia, a assistência de enfermagem ao pré-natal e parto de baixo risco, prestada por profissional habilitado é respaldado pela lei e incorporada ao SUS há várias décadas. Assim, o paradigma humanístico que rege o trabalho das enfermeiras obstetras na sociedade moderna, voltado para o respaldo político e baseado em evidências científicas, tem como escopo superar o modelo medicalizante do parto e atuar de modo humanizado, pautando-se nas tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica.

6.2.4 Gestão de primeira linha e tratamento de complicações graves

Os dois componentes referentes às mulheres e neonatos com complicações desta categoria versam acerca de intervenções específicas para o manejo adequado de complicações, desde infecções à pré-eclâmpsia, com ênfase para a incorporação da abordagem psicossocial da mulher, mediante a vivência diferenciada desta de um processo patológico (RENFREW et al., 2014).

No Brasil, o acesso, integralidade e equidade dos serviços de saúde pública são interdependentes e fundamentais para a qualidade do cuidado. Deste modo, quando atinente à assistência pré-natal, é preciso compreender que promover qualidade do cuidado não se refere apenas à passagem pelos diversos pontos de atenção da rede, mas relaciona-se ao grau de resolutividade, ou seja, a capacidade que o serviço tem de desempenhar satisfatoriamente o seu papel. Entretanto, os autores ressaltam ainda que o fracasso das ações propostas pode estar próximo quando se percebe que não há a incorporação das tecnologias leves, leve-duras e duras ao longo da atenção, com a predominância de incompetência e despreparo dos serviços de saúde (SANTOS NETO et al., 2012b).

Nesse contexto, pode-se inferir que a atuação profissional qualificada requer muito mais do que apenas conhecimento técnico, sendo necessária a incorporação de pressupostos propostos na PNH, a fim de utilizar-se de ferramentas como o acolhimento, vínculo, corresponsabilização e relacionamento interpessoal satisfatório com a usuária e sua família, facilitando assim, a identificação de possíveis intercorrências ao longo da atenção. Os achados deste estudo identificaram que as principais intercorrências na mulher aconteceram ao longo da gestação, com predominância da ITU (54,3%), a qual segundo recente publicação do ministério da saúde (BRASIL, 2012a) se constitui como a complicação mais frequente nessa fase, com uma prevalência de 17% a 20%, ou seja, que merece uma atenção especial do profissional de saúde durante o acompanhamento pré-natal, tendo em vista a gama de complicações que esta pode associar-se: rotura prematura de membranas, aborto, trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal e septicemia na gravidez. Deste modo, sugere-se que estas mulheres estão tendo um maior acesso aos meios diagnósticos, por meio da clínica e dos exames laboratoriais, bem como há uma maior organização e planejamento por parte dos profissionais no manejo dessa complicação.

Quanto ao âmbito obstétrico verificou-se ainda um percentual significativo de cirurgia cesariana, seja agendada previamente ou com indicação médica, todavia, percebe-se que as justificativas para a realização desta cirurgia não são indicativas restritas para a sua realização, como a idade gestacional superior a 41 semanas e perda de líquido amniótico. Giglio; França; Lamounier (2011) reiteram em seu estudo que a taxa de cesariana eletiva encontrada foi alta (30%), bem como se acredita que a maior parte não corresponda à indicação obstétrica, subsidiando o aumento dos elevados índices de cesariana no Brasil e nos demais países em desenvolvimento. Dentre as principais explicações para esse aumento, a literatura destaca a baixa utilização do fórcepe, possíveis intercorrências provenientes do uso exacerbado de ocitócito no trabalho de parto, assim como, a admissão hospitalar de parturientes no início do trabalho de parto.

Desde 1998, o Ministério da Saúde do Brasil vem lançando uma série de portarias com o objetivo de alterar os dispositivos referentes à atenção ao parto e, por conseguinte diminuir as taxas de morbimortalidade maternas e neonatais, com destaque para a Portaria nº 2.815, a qual trata sobre a realização do parto normal sem distócia pela enfermeira obstetra, e a Portaria nº 2.816, relativa ao limite do pagamento do percentual máximo de cesáreas em relação ao total de partos realizados por hospital. O financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica nas faculdades e escolas de enfermagem do país, a fim de suprir a carência desses profissionais, também foi um dos recursos utilizados para a humanização e

qualificação da assistência obstétrica e neonatal, já que este modelo baseia-se em práticas não-intervencionistas, com incentivo ao parto normal como experiência de sucesso da mulher e partilhada com sua família (PROGIANTI; HAUCK, 2013).

O 5º ODM, que versa acerca da melhoria da saúde materna com redução da mortalidade em três quartos, ficou em vigor até o ano de 2015, percorrendo a análise da mortalidade materna dos últimos 25 anos, tendo como meta almejada o máximo de 16 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, contudo, nos dias atuais o país ainda detém um percentual de 69/100.000 nascidos vivos. Sendo assim, os estudos demonstram que os indicadores de mortalidade materna são intrínsecos aos cuidados obstétricos recebidos, ou seja, a qualidade do cuidado obstétrico pode contribuir na redução da ocorrência de mortes maternas. Em contrapartida, percebe-se que um tema bastante discutido nos dias atuais nos discursos das mulheres é exatamente o oposto da qualidade do cuidado, ou seja, a violência institucional recorrente sofrida nas maternidades, com persistência de uma cultura discriminatória, autoritária e punitiva na relação profissional-usuária (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

Em continuidade, percebe-se que a violência institucional é bem discutida em ambiente hospitalar, com a predominância de práticas obsoletas e maléficas decorrentes do processo de medicalização do corpo feminino. Entretanto, é preciso atentar para esta prática também em nível primário ou ambulatorial, no qual esta também se encontra presente, porém de modo mais discreto, tendo como exemplo o planejamento reprodutivo, o qual mediante a vivência profissional na área e estudos prévios (OLIVEIRA et al., 2016), na maior parte das vezes é realizado de modo mecânico e com base apenas em um único saber, o do profissional de saúde, ao impor uma determinada prática, sem informar à mulher todas as suas vertentes, bem como sem verificar se esta se encaixa em seu contexto de vida e de sua família. As medicalizações do corpo feminino acompanhada da violência institucional andam lado a lado no cotidiano dos serviços de saúde, concretizando-se como uma prática intervencionista e desnecessária.

Conforme Vieira (2015), a medicalização do corpo feminino caracteriza-se como um dispositivo social ao relacionar as questões políticas e populacionais aos cuidados individuais do corpo feminino, por meio de normas referentes à vivência sexual e reprodutiva. Sendo assim, a “doencificação” desse corpo pela racionalidade moderna e científica surge como fruto de uma medicalização que enxerga a gravidez e a menopausa como fases patológicas da vida da mulher e transforma a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em evento cirúrgico, garantindo assim a hegemonia e necessidade do profissional.

Deste modo, apreende-se que no tocante às associações estatísticas identificou-se que as mulheres que apresentaram história prévia de aborto estiveram associadas à maior presença de complicações na gestação atual. Do mesmo modo, quanto aos dados sociodemográficos, apesar de não significante, apreende-se que as mulheres de maior idade, menor escolaridade e menor renda tiveram mais complicações. No tocante aos dados obstétricos infere-se que as mulheres que realizaram menos consultas, tinham idade gestacional inferior a 37 semanas também apresentaram maior percentual de complicações.

Nesta perspectiva, inúmeros são os fatores que contribuem para a real concretização desta problemática, desde a qualidade do cuidado nos serviços de saúde até a carência de informações e diálogo por parte dos profissionais de saúde, posto que o atual molde de formação destes, ainda pautado no padrão biomédico hegemônico, associado ao cotidiano laboral ajustado à organização hospitalocêntrica, não favorecem uma atenção que prime pela integralidade e humanização (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

7 CONCLUSÃO

A atuação do enfermeiro perpassa todos os níveis de atenção à saúde, e, especialmente, no âmbito materno e neonatal, faz-se imprescindível enquanto coadjuvante deste processo, seja atuando na assistência, nas áreas técnicas, na gestão ou na docência, o conhecimento das práticas desempenhadas com o intuito de compreender como as ações estão sendo desenvolvidas, planejadas e conseqüentemente, avaliadas. Nos dias atuais, prima-se pela excelência da atenção com vistas a desempenhar um cuidado humano, contínuo, integral e qualificado, logo, para que isto ocorra é preciso além de adequações e reestruturações de ambiências físicas, a incorporação de capacitação e educação permanente do quadro de profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher e do neonato.

Mediante os resultados apreendidos neste estudo, foi possível realizar um diagnóstico situacional da rede de atenção à saúde materno-infantil da 18ª Região de Saúde, o qual servirá de embasamento para a ponderação das ações desenvolvidas, com o possível planejamento de metas a serem traçadas pela gestão, com base na viabilidade de sua posterior execução. Assim, ressalta-se que muitos estudos se propõem a realizar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, todavia, além disso, é preciso atentar para a importância de identificar as lacunas, reconhecer as características materno-infantis atreladas ao cuidado e conseqüentemente, traçar intervenções que venham a melhorar o contexto em questão. Do mesmo modo, a importância sob a perspectiva acadêmica do estudo abrange a associação de um embasamento teórico padrão-ouro, como o QMNC, utilizando-o como ferramenta de avaliação das práticas desempenhadas em um contexto específico, tendo como objetivo inovador e diferencial a perspectiva da puérpera.

O perfil sociodemográfico e reprodutivo das puérperas revelou que a maior parte encontrava-se em uma faixa-etária adequada para a reprodução, entre 20 e 29 anos, são primíparas, tem companheiro estável, com escolaridade regular, entre 5 a 12 anos de estudo, exercem atividade extra-lar e detêm um rendimento mensal familiar entre um salário mínimo ou inferior. Quanto às variáveis obstétricas verificou-se que mais da metade das gestações foram planejadas, de baixo risco, com início do pré-natal precoce, com média de 12,4 semanas, sendo o enfermeiro o profissional responsável pelo início do pré-natal e acompanhamento associado ao médico.

Um achado que merece destaque refere-se ao alto percentual de puérperas que afirmaram não ter participado de atividades educativas ao longo do pré-natal, posto que a educação em saúde, em momentos individuais ou coletivos, nesta fase da vida da mulher faz-

se imprescindível, devendo elencar o rol de atividades dos profissionais atuantes na atenção primária, já que esta atua como ferramenta facilitadora do processo de aprendizagem e empoderamento feminino. Deste modo, informações quanto à visita à maternidade de referência, consulta pós-natal à mulher e neonato e importância do uso de contraceptivos após o parto, as quais não obtiveram boas avaliações no presente estudo, podem ser melhores exploradas por meio das atividades de educação em saúde.

Ademais, percebe-se que apesar de amplamente difundida na literatura e na prática dos serviços de saúde materno-infantis nos dias atuais, a participação da enfermagem obstétrica na referida realidade local ainda encontra-se incipiente e restrita à rotina institucional, sem a incorporação de práticas respaldadas nas melhores evidências científicas da atualidade, a qual compreende o parto como um processo fisiológico e humanizado. A participação do enfermeiro obstetra com autonomia, em detrimento à hegemonia médica vigente também se faz imperativo, levando em consideração todo o aporte científico que permeia a sua atuação, com comprovada eficácia na humanização dos serviços obstétricos e neonatais, contribuindo para a satisfação das usuárias e qualificação da assistência.

Neste estudo evidenciou-se também a não realização de práticas consideradas benéficas e que devem ser estimuladas na rotina obstétrica, como o uso adequado do partograma, adesão a posições não supinas durante o trabalho de parto, oferta de líquidos por via oral e o clampeamento tardio do cordão umbilical do recém-nascido. Diante disso, é preciso romper com a rotina anteriormente imposta e realizar uma reformulação das práticas com base nas atuais evidências científicas disponíveis na literatura especializada, fazendo com que haja uma interlocução entre o que está sendo produzido a nível acadêmico com a incorporação dessas práticas comprovadas nos serviços de saúde.

No tocante ao manejo de complicações no período gravídico-puerperal, é preciso que haja um planejamento e interligação entre todos os pontos de atenção à saúde da rede, a fim de garantir a continuidade do cuidado e evitando que intercorrências que poderiam ser identificadas precocemente sejam negligenciadas, como a ITU na gestação, a qual foi amplamente identificada neste estudo.

Nesta perspectiva, pode-se inferir que alguns paradigmas aos poucos estão sendo eliminados, entretanto, acredita-se que muitas lacunas ainda precisam ser preenchidas, sugerindo-se a realização de posteriores pesquisas nesta área, com vistas a comprovar se realmente com o tempo, investimento, capacitação dos profissionais e a estruturação completa dos equipamentos de saúde que compõem a Rede poderemos afirmar que houve mudanças na

assistência prestada à mulher e à criança na Região, e conseqüentemente elevação da qualidade do cuidado.

Como limitações do estudo, evidencia-se a utilização de apenas um componente estruturante do modelo, a incompletude dos dados dos prontuários e cartão das gestantes, a carência de instrumentos validados para avaliação da qualidade do cuidado, assim como a recente implantação dos equipamentos de saúde que compõem a Rede, haja vista que somente a ala obstétrica do referido hospital encontra-se em pleno funcionamento até a presente data. Do mesmo modo, a compreensão do panorama atual do funcionamento do setor obstétrico favorecerá o reconhecimento das práticas desempenhadas e poderá subsidiar a avaliação, o planejamento e a capacitação dos profissionais que irão atuar nestes locais antes da sua inserção nos demais equipamentos que irão iniciar o funcionamento e prestar assistência à população.

Sobretudo, mediante esta investigação pode-se visualizar a relevância de uma assistência materno-infantil além dos aspectos biológicos, abrangendo assim, a abordagem cultural, social, emocional, dentre outros que influenciarão fortemente nos cuidados prestados à mulher e ao neonato. Ademais, sugere-se a realização de posteriores pesquisas neste âmbito, com o intuito de realizar um levantamento completo do processo avaliativo, ao incorporar o olhar do gestor e dos profissionais de saúde para a real efetivação das ações.

A utilização do QMNC para a compreensão do objeto deste estudo evidenciou ser um referencial teórico e metodológico inovador e enriquecedor, assim como potencialmente válido para a contribuição de um melhor entendimento da prática de enfermagem relativa ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal e sua interface com a educação em saúde emancipatória. Portanto, além da enfermagem, distintas áreas de atuação e investigação podem interessar-se por este referencial teórico e utilizá-lo para o alcance dos seus objetivos.

Portanto, espera-se que os resultados do presente estudo venham subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde, tendo em vista a sugestão de algumas estratégias como: alterações no modelo assistencial, ao integrar os profissionais de saúde, sob o aspecto multidisciplinar e transdisciplinar; a utilização e o seguimento das evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, comprovadamente benéfico para o bem-estar neonatal; a capacitação dos profissionais atuantes no serviço para ofertar o suporte necessário à gestante, puérpera e neonato, reconhecendo a singularidade deste momento, livre de julgamentos e coerções, com valorização da autonomia e reais necessidades de saúde desta e de sua família, entre outros.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. Cadernos de Saúde Pública. V. 30, Sup: S8-S10. Rio de Janeiro - RJ, 2014.

AUSTIN, A.; LANGER, A.; SALAM, R. A.; LASS, Z. S.; DAS, J. K.; BHUTTA, Z. A. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. Reproductive Health. V. 11, Suppl. 2: S1. 2014.

BARBOSA, E. M. G.; SOUSA, A. A. S.; VASCONCELOS, M. G. F.; CARVALHO, R. E. F. L.; ORIÁ, M. O. B.; RODRIGUES, D. P. Tecnologias educativas para promoção do (auto) cuidado de mulheres no pós-parto. Revista Brasileira de Enfermagem. V. 69, n. 3, p. 582-590. Brasília – DF, 2016.

BITTENCOURT, S. D. A.; REIS, L. G. C.; RAMOS, M. M.; RATTNER, D.; RODRIGUES, P. L.; NEVES, D. C. O.; ARANTES, S. L.; LEAL, M. C. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cadernos de Saúde Pública. V. 30, Sup: S208-S219. Rio de Janeiro – RJ, 2014;

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Revista de Saúde Pública. V.44, n.2. São Paulo – SP, 2010.

_____; MERCADO-MARTINEZ, F. J.; Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. Revista de Saúde Pública. V.44, n.3. São Paulo – SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. 42 p. Brasília-DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília – DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. 50p. Brasília – DF, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012a;

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília – DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. V. 1. Brasília - DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Painel de Indicadores do SUS Nº 8. Temático Regionalização da Saúde. Vol. V. 76 p. Brasília – DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 44 p. Brasília – DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. 19 p. Brasília – DF, 2013d.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Saúde Integral da Mulher. Programas e Ações. 2014a. Acesso em 26.03.16. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/programas-acoas>.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS. V. 4. 465 p. Brasília - DF, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília – DF, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Informações sobre a Rede Cegonha do Estado do Ceará. Coordenação de Saúde das Mulheres. Apoio Institucional - Rede Cegonha. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Coordenadoria-Geral de Desenvolvimento Sustentável. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 41 p. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasília – DF, 2016.

BRITO, C. A.; SILVA, A. S. S.; CRUZ, R. S. B. L. C.; PINTO, S. L. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene. V. 16, n. 4, p. 470-8. Fortaleza – CE, 2015.

BRUGGEMANN, O. M.; MANTICELLI, M.; FURTADO, C.; FERNANDES, C. M.; LEMOS, F. N.; GAYESKI. Filosofia assistencial de uma maternidade –escola: fatores associados à satisfação de mulheres usuárias. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. V. 20, n. 4, p. 658-668. Florianópolis – SC, 2011.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V. 46, n. 1, p. 30-37. São Paulo – SP, 2012.

CAVALCANTI, P. C. S.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; VASCONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V. 23, n. 4, p. 1297-1316. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*. V. 65, n. 2, p. 227-244. 2014.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Plano de ação regional: Rede Cegonha – 18ª Região de Saúde – Iguatu. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2012.

_____. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde - PDR do Estado do Ceará 2014. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>>.

_____. Secretaria da Saúde. Informe Epidemiológico - Mortalidade Materna. 9 p. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Fortaleza – CE, 2015.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*. 30 Sup: S14-S16. Rio de Janeiro – RJ, 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. V. 18, n. 8, p. 2413-2420. Rio de Janeiro – RJ, 2013.

COÊLHO, T. T. G.; MEDEIROS, A. C. Q.; RIBEIRO, W. C. S.; MENÊZES, T. B. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. V. 19, n. 2, p. 117-122. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*. 30 Sup: S101-S116. Rio de Janeiro - RJ, 2014.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 19, n. 11, p. 4457-4466. Rio de Janeiro – RJ, 2014.

FONSECA, A. S.; JANICAS, R. C. S. Saúde Materna e Neonatal. 252 p. Editora Martinari. São Paulo. 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A. K. K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. Revista Mineira de Enfermagem. V. 18, n. 4, p. 1006-1010. Belo Horizonte – MG, 2014.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; SCHLITZ, A. O. C.; THEME FILHA, M. M.; CARVALHO, M. L.; GOMES, K. R. O.; COSTA, M. C. O.; LEAL, M. C. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. Cadernos de Saúde Pública. 30 Sup: S117-S127. Rio de Janeiro - RJ, 2014.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. V. 33, n.10, p. 297-304. 2011.

GIOVANNI, M. D. Rede Cegonha: da concepção à implantação. Monografia (Especialização). 99 p. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Brasília – DF, 2013.

GOMES, M. A. S. M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto - Compromisso com a mudança. Cadernos de Saúde Pública. V. 30, sup. S17-S47. Rio de Janeiro – RJ, 2014.

GOMES, D. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. Revista Brasileira Materno-Infantil. V. 15, n. 4, p. 413-423. Recife - PE, 2015.

GRAMACHO, R. C. C. V.; SILVA, R. C. V. Enfermagem na cena do parto. Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento. Volume 4. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. 465 p. Brasília - DF, 2014b.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. B. F. O Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. REME - Revista Mineira de Enfermagem. V. 16, n. 3, p. 315-323. Belo Horizonte – MG, 2012.

HERCULANO, M. M. S.; VELOSO, L. S.; TELES, L. M. R.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; DAMASCENO, A. K. C. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 46, n. 2, p. 295-301. São Paulo – SP, 2012.

HOOPE-BENDER, P.; BERNIS, L., CAMPBELL, J.; DOWNE, S.; FAUVEAU, V.; FOGSTAD, H.; HOMER, C. S. E.; KENNEDY, H. P.; MATTHEWS, Z.; MCFADDEN, A.; RENFREW, M. J.; LERBERGHE, W. V. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. The Lancet. Midwifery. 384: 1226 – 35. 2014.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica. 4. ed. 400 p. Artmed. Porto Alegre – RS, 2015.

IGUATU. Prefeitura Municipal. Vigilância epidemiológica – Partos realizados no Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira no ano de 2015. Coordenação Municipal da Rede Cegonha. Iguatu – CE, 2016.

KAMBALA, C.; LOHMANN, J.; MAZALALE, J.; BRENNER, S.; ALLEGRI, M. D.; MUULA, A. S.; SARKER, M. How do Malawian women rate the quality of maternal and newborn care? Experiences and perceptions of women in the central and southern regions. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 15:169. 2015.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Os autores respondem. *Cadernos de Saúde Pública*. 30 Sup: S17-S47. Rio de Janeiro - RJ, 2014.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L.G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 18, n. 8, p. 2395-2400. Rio de Janeiro – RJ, 2013.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. V. 36, n. 2, p. 56-64. Rio de Janeiro – RJ, 2014.

MARTINS, M. M. F. P. S.; GONÇALVES, M. N. C.; RIBEIRO, O. M. P. L.; TRONCHIN, D. M. R. Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 69, n. 5, p. 920-926. Brasília - DF, 2016.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 69, n. 2, p. 316-25. Brasília – DF, 2016.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V. 49, n. 4, p. 540-549. São Paulo – SP, 2015.

MICHILIN, N. S.; JENSEN, R.; JAMAS, M. T.; PAVELQUEIRES, S.; PARADA, C. M. G. L. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 69, n. 4, p. 669-675. Brasília - DF, 2016.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. Editora HUCITEC. São Paulo - SP, 2010.

MORSE, M. A.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*. V. 27, n. 4, p. 623-638. Rio de Janeiro - RJ, 2011.

MOURA, K. C. C.; GONÇALVES, P. F.; LOPES, J. R.; MOURA, P. H. T.; CALDEIRA, A. P.; PINHO, L. Percepções de puérperas sobre os benefícios da amamentação na primeira hora pós-parto. *Revista Cogitare Enfermagem*. V. 19, n. 1, p. 123-128. 2014.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. V. 18, n.4, p. 1059-1068. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

NEVES, P. R.; SALIM, N. R.; SOARES, G. C. F.; GUALDA, D. R. M. Experiences of pregnant women in a group : a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. V. 12, n. 4, p. 862-71. 2013.

OLIVEIRA, C. A. N. O.; LIMA, E. R.; ANDRADE, K. V.; RODRIGUES, E. M. D.; BISPO, G. M. B.; VIDAL, E. C. F.; FREITAS, V. C. A.; AQUINO, P. S.; TEODORO, L. P. P.; SILVA, A. S. Nursing and Assistance to Family Planning at the Primary Attention: the Contraception's Interface. *International Archives of Medicine*. V. 9, n. 125, p. 1-11. 2016.

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K.T.; SOUZA, W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. 50 p. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). São Paulo – SP, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 670 p. 7. ed. Artmed. Porto Alegre - RS, 2011.

PROGIANTI, J. M.; HAUCK, F. T. A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora. *Revista de Enfermagem da UERJ*. V. 21, n. 3, p. 324-329. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

QUADROS, J. S.; REIS, T. L. R.; COLOMÉ, J. S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE*. V. 17, n. 4, p. 451-8. Fortaleza – CE, 2016.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. Brasília – DF, 2014.

RAVEN, J. H.; TOLHURST, R. J.; TANG, S.; BROEK, N. V. D. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery*. V. 28, n. 5, p.676-683. 2011.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Revista Physis Saúde Coletiva*. V. 21, n. 3, p. 1139-1159. Rio de Janeiro – RJ, 2011.

REIS, T. R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS, J. S.; GRASEL, J. T.; MORO, A. S. S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 36, n. esp., p. 94-101. Porto Alegre – RS, 2015.

RENFREW, M. J.; MCFADDEN, A.; BASTOS, M. H.; CAMPBELL, J.; CHANNON, A. A.; CHEUNG, N. F. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet. Midwifery*. 384: 1129-45. 2014.

RODRIGUES, A. P.; NASCIMENTO, L. A.; DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 26, n. 6, p. 586-593. 2013.

SANTOS NETO, E. T.; LEAL, M. C.; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S. G. N. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 28, n. 2, p. 256-266. Rio de Janeiro – RJ, 2012a.

_____. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*. V. 28, n. 9, p. 1650-1662. Rio de Janeiro - RJ, 2012b.

SENA, C. D.; SANTOS, T. C. S.; CARVALHO, C. M. F.; PAIXÃO, G. P. N. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*. V. 2, n. 3, p. 523-529. Santa Maria – RS, 2012.

SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F. A.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiências em morbidade materna grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 69, n. 4, p. 662-8. Brasília – DF, 2016.

SIMÕES, S. I. W.; HASHIMOTO, F. Mulher, Mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. *Revista Vozes Vales UFVJM*. 2012.

STUMM, K. E.; SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. Tendências de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*. V. 2., n. 1, p. 165-173. Santa Maria – RS, 2012.

UNICEF. WHO. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/>.

VALE, L. D.; LUCENA, E. E. S.; HOLANDA, C. S. M.; CAVALCANTE, R. D.; SANTOS, M. M. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 36, n. 3, p. 86-92. Porto Alegre – RS, 2015.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M.; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*. V. 21, n. 2, p. 458-466. Florianópolis – SC, 2012.

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Comunicação em Ciências da Saúde*. V. 22, sup. 1: S141-S152. 2011.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. 2ª reimp. 84 p. Editora FIOCRUZ. 2015.

WHO. The world health report 2013: research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>>.

_____. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/>

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA 18ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ”, sob a coordenação e a responsabilidade da discente Camila Almeida Neves de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, a qual terá o apoio desta Instituição.

Iguatu, 28 de Março de 2016.

Maria Vanderlúcia Felipe Lobo
Secretária de Saúde do Município de Iguatu - CE
(carimbar)

ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA 18ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ”, sob a coordenação e a responsabilidade da discente Camila Almeida Neves de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, a qual terá o apoio desta Instituição.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Iguatu, 28 de Abril de 2016.

Assinatura do Responsável pela Instituição - Hospital Regional Dr. Manoel Batista de
Oliveira do Município de Iguatu – CE
(carimbar)

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA 18ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Pesquisador: Régia Christina Moura Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57660416.5.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.645.391

Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA 18ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ é um projeto de pesquisa que visa avaliar a implantação da Rede Cegonha em maternidade de referência da 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará segundo o Quality Maternal and Newborn Care; Identificar a conformidade das práticas de atenção ao pré-natal, parto e puerpério desempenhadas pelos profissionais com as propostas pelo modelo QMNC; e Conhecer a percepção de puerperas acerca da assistência prestada ao longo do período gravídico-puerperal.

Objetivo da Pesquisa:


Avaliar a Implantação da Rede Cegonha em maternidade de referência da 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará segundo o Quality Maternal and Newborn Care (QMNC).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos possíveis riscos informamos que alguma pergunta poderá causar constrangimento ou desconforto podendo ser a mesma recusada sem prejuízo.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir para a disseminação de conhecimentos a toda a comunidade acadêmica, aos profissionais da saúde, bem como gestores

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3388-8569 Fax: (85)3388-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.040.391

que atuam diretamente na saúde pública por ser uma situação onde seus resultados serão de grande relevância para toda a sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos relevante por avaliar esse processo de boas práticas de atendimento perinatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos contemplados.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_734897.pdf	08/07/2016 09:52:25		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCamila.docx	08/07/2016 09:52:05	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcamila.doc	08/07/2016 09:47:38	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Outros	autorizacaoparapesquisacamila.pdf	08/07/2016 09:46:21	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Outros	temodefeidepcamila.pdf	08/07/2016 09:45:41	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoconcordanciacamila.pdf	08/07/2016 09:45:00	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciacamila.pdf	08/07/2016 09:44:43	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostocamila.pdf	08/07/2016 09:44:19	Régia Christina Moura Barbosa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Data: _____

Puérpera sem complicações ()

Neonato sem complicações ()

Puérpera com complicações ()

Neonato com complicações ()

I – Caracterização das Participantes

Instruções: Inicialmente gostaria de fazer algumas perguntas que permitam melhor caracterizar o grupo de pessoas que participam dessa pesquisa.

a) Características Sociodemográficas da Puérpera

1) Código da Paciente: _____	
2) Contatos: Telefone: _____ E-mail: _____	
3) Idade (em anos): _____	
4) Data e Hora do Parto: _____	
5) Dias de Pós-Parto: _____	
6) Procedência: 1. Iguatu 2. Demais municípios (18ª Região), especifique: _____	
7) Residência: 1. Zona Urbana 2. Zona Rural, especifique: _____	
8) Estado Civil: 1. Casada 2. Solteira 3. União Estável 4. Divorciada 5. Viúva	
9) Ocupação: _____	
10) Escolaridade (em anos de estudo): _____	
11) Renda Familiar Mensal (em real): _____	

12) Nº de Pessoas na Família: _____	
13) Raça/Cor/Etnia 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
14) Religião: 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Ausente 5. Outra: _____	

b) Dados do Recém-Nascido

15) Peso ao nascer: _____	
16) Estatura: _____	
17) Perímetros: Cefálico (PC): _____ Torácico (PT): _____ Abdominal (PA): _____	
18) Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____	
19) Imunização realizada ao nascer: 1. BCG e Hepatite B 2. Apenas BCG, especifique o motivo: _____ 3. Apenas Hepatite B, especifique o motivo: _____ 4. Nenhuma	
20) Procedimentos realizados ao nascer: 1. Aspiração orogástrica 2. Aspiração nasogástrica 3. Reanimação neonatal 4. Não se Aplica 5. Outro, especifique: _____	
21) Complicações ao nascimento: 1) Não 2. Sim, especifique: _____	
22) Encaminhado ao alojamento conjunto após o nascimento: 1. Não 2. Sim	
23) Necessitou de suporte de UCI/UTI neonatal: 1. Não 2. Sim, especifique o local: _____	
24) Transferência hospitalar: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____	

II – Categorias Práticas

Instruções: Agora, as perguntas serão sobre a sua história reprodutiva, de gestações anteriores e a atual, abrangendo desde o acompanhamento pré-natal até o pós-parto imediato.

a) Educação, Informação e Promoção da Saúde

25) Situação Obstétrica: Gesta _____ Para _____ Aborto _____	
26) Nº de Filhos Vivos: _____	
27) Idade do último filho vivo: _____	
28) Via do Último Parto: 1. Abdominal 2. Vaginal 3. Não se aplica	
29) Via de Partos Anteriores: P1: _____ P2: _____	

P3: _____	P4: _____	
P5: _____		
30) A gestação atual foi planejada: 1. Não 2. Sim		
31) Utilizava algum método contraceptivo antes de engravidar: 1. Não 2. Sim, especifique: _____		
32) Tipo de Gravidez: 1. Única 2. Gemelar 3. Tripla ou mais		
33) Gravidez: 1. Risco Habitual 2. Alto Risco, especifique o motivo: _____		
34) Local(is) em que realizou o Pré-Natal: _____		
35) Teve acesso ao teste rápido para confirmar a gravidez: 1. Não 2. Sim 3. Outro teste, especifique: _____		
36) Quantas consultas de pré-natal foram realizadas na gravidez atual: _____		
37) Profissional que realizou Pré-Natal: 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Enfermeiro + Médico		
38) Nº de consultas realizadas por profissional: Enfermeiro: _____ Médico: _____		
39) Idade Gestacional que iniciou o Pré-Natal: _____		
40) Profissional responsável pelo início do pré-natal: 1. Enfermeiro 2. Médico		
41) Calendário Vacinal da Gestação Atual: 1. Dupla Adulto () 2. Hepatite B () 3. Influenza () 4. dTpa () 5. Imunizada, especifique quais: _____ 6. Outros, especifique: _____		
42) Índice de Massa Corpórea (IMC) na primeira consulta: 1. Baixo Peso 2. Adequado 3. Sobrepeso 4. Obesidade 5. Ausente		
43) Realizou Suplementação de Ácido Fólico: 1. Não 2. Sim, especifique o período gestacional: _____		
44) Realizou Suplementação de Sulfato Ferroso: 1. Não 2. Sim, especifique o período gestacional: _____		
45) Realizou consulta odontológica na gestação: 1. Não 2. Sim, especifique a quantidade: _____		
46) Realizou a colpocitologia oncótica durante o pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique o resultado: _____		
47) Foi orientada quanto ao abandono do tabagismo durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____ 3. Não se aplica		
48) Foi orientada quanto à alimentação saudável e ganho adequado de peso durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____		
49) Foi orientada e incentivada durante o pré-natal quanto ao aleitamento materno: 1. Não 2. Sim, especifique: _____		

50) Foi orientada durante o pré-natal quanto aos sinais de início de trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
51) Foi orientada durante o pré-natal quanto aos benefícios do parto vaginal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
52) Participou de atividades educativas ao longo do pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
53) Qual profissional foi responsável pela maior parte dessas orientações: 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro, especifique: _____	
54) Foi informada quanto a visita das gestantes à maternidade de referência para o parto: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	
55) Foi informada quanto ao direito do acompanhante de livre escolha da gestante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	
56) Você teve dúvidas ao longo da gestação e/ou consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
57) Foram realizados esclarecimentos de dúvidas e fornecimento de informações durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas 4. Não se aplica	
58) Sentia-se à vontade para realizar perguntas aos profissionais e esclarecer dúvidas: 1. Não 2. Sim	
59) Você compreendia as informações compartilhadas pelo profissional de saúde: 1. Não 2. Sim	
60) Você sentia que o profissional de saúde se preocupava com a sua saúde: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
61) Os profissionais que lhe atenderam respeitavam a sua opinião? 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
62) Você considera que o profissional estava capacitado para exercer suas funções? 1. Não 2. Sim, especifique: _____	

b) Avaliação, Triagem e Planejamento do Cuidado

63) Foi realizada a avaliação da pressão arterial durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas	
64) Foi realizada a avaliação da altura uterina durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas	
65) Foi realizada a avaliação dos movimentos fetais durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas	
66) Foi realizada a avaliação dos batimentos cardíacos fetais durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas	
67) Foi realizada a avaliação das mamas durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas	
68) Foram realizadas intervenções para prevenção e tratamento da dor pélvica e nas costas durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica	
69) Foi realizada a avaliação de edema durante as consultas de pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas 4. Não se aplica	
70) Foi realizada a avaliação de infecção do trato genital inferior no pré-natal: 1. Não 2. Sim, em todas as consultas 3. Sim, mas não em todas as consultas 4. Não se aplica	

aplica	
71) Realizou os exames preconizados durante a gestação: 1. Não 2. Sim, marque os exames realizados: a. ABO-RH () b. Glicemia de Jejum () c. Tolerância à Glicose () d. Teste Rápido da Sífilis () e. Teste Rápido do HIV () f. VDRL () g. Hepatite B e C () h. HBsAg (1º e 3º trimestre) () i. Toxoplasmose () j. Hemoglobina/Hematócrito () k. Urina-EAS () l. Urina-cultura () m. Coombs Indireto () n. Outros, especifique: _____	
72) Apresentou alteração em alguns dos exames durante a gestação: 1. Não 2. Sim, marque os exames alterados: a. ABO-RH () b. Glicemia de Jejum () c. Tolerância à Glicose () d. Teste Rápido da Sífilis () e. Teste Rápido do HIV () f. VDRL () g. Hepatite B e C () h. HBsAg (1º e 3º trimestre) () i. Toxoplasmose () j. Hemoglobina/Hematócrito () k. Urina-EAS () l. Urina-cultura () m. Coombs Indireto () n. Outros, especifique o resultado: _____	
73) Realizou USG Obstétrica: 1. Não 2. Sim, especifique a quantidade ao longo da gestação: _____	
74) Idade gestacional em que realizou USG: 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. 1º e 3º trimestre 5. 1º e 2º trimestre 6. 1º, 2º e 3º trimestre 7. Não se Aplica 8. Ignorado	
75) Foi vinculada, desde o pré-natal, ao local onde seria realizado o parto: 1. Não 2. Sim	
76) Realizou visita à maternidade de referência onde seria realizado o parto: 1. Não 2. Sim	
77) Sua residência é próxima da unidade de saúde onde realizava o acompanhamento pré-natal: 1. Não 2. Sim	
78) Qual o meio de transporte utilizado para se deslocar para os equipamentos de saúde ao longo da gestação: 1. Próprio 2. Coletivo 3. Ambulância 4. Outro, especifique: _____	
79) Teve dificuldade de deslocamento para realização das consultas pré-natais: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
80) Foi orientada quanto à oferta de transporte em saúde para pessoas (transporte sanitário) para deslocamento às unidades básicas de saúde para a realização do pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	
81) Utilizou o transporte sanitário em algum momento da gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
82) Sua residência é próxima do local onde realizava os exames laboratoriais e de imagem: 1. Não 2. Sim	
83) Teve dificuldade de deslocamento para realização dos exames laboratoriais e de imagem: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
84) Houve demora na marcação, realização e retorno dos resultados dos exames preconizados durante o pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
85) Foi orientada quanto à oferta de transporte em saúde para pessoas (transporte sanitário) para deslocamento e realização dos exames laboratoriais e de imagem: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	

86) Sua residência é próxima maternidade de referência: 1. Não 2. Sim	
87) Teve dificuldade de deslocamento para a maternidade de referência: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
88) Foi orientada quanto à oferta de transporte em saúde para pessoas (transporte sanitário) para deslocamento no momento do parto e também nas situações de urgência: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	
89) Utilizou o transporte sanitário para deslocamento à maternidade no momento do trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
90) Utilizou o transporte sanitário para deslocamento intermaternidade ou entre instituições obstétricas: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
91) Foi realizado acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica: 1. Não 2. Sim	
92) Teve direito à presença do acompanhante: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
93) Teve direito à presença do acompanhante de sua livre escolha durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: 1. Não 2. Sim	
94) Como se deu o início do trabalho de parto: 1. Espontâneo 2. Induzido 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
95) Presença de contrações na admissão hospitalar: 1. Não 2. Sim 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
96) Situação de dilatação na admissão: 1. Sem dilatação 2. 1-3 cm de dilatação 3. 4-6 cm de dilatação 4. 7-10 cm de dilatação 5. Não se Aplica 6. Ignorado	
97) Presença de membrana íntegra na admissão: 1. Não 2. Sim 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
98) Foi realizado o teste rápido anti-HIV na admissão hospitalar: 1. Não 2. Sim 3. Ignorado	
99) Foi realizado o VDRL (sífilis) na admissão hospitalar: 1. Não 2. Sim 3. Ignorado	
100) Profissional responsável pelo acompanhamento do parto: 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Médico + Enfermeiro 4. Técnico de Enfermagem 5. Parteira 6. Médico Obstetra 7. Enfermeiro Obstetra 8. Outro, especifique: _____	
101) Presença de pediatra/neonatologista para assistência ao recém-nascido na sala de parto: 1. Não 2. Sim	

c) Promoção de Processos Normais, Prevenção e Complicações

102) Idade gestacional no momento do parto: _____	
103) Tipo de Parto: 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps	
104) Foi realizado o preenchimento do partograma durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	

105) Foi estimulada a deambular durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
106) Teve restrição de líquidos e dieta durante o pré-parto: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
107) Foi realizada depilação perineal (tricotomia) de rotina antes do parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
108) Foi estimulada a adesão à posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
109) Foram utilizadas técnicas de relaxamento para alívio da dor no trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
110) Foi utilizada analgesia para alívio da dor no trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
111) Foi utilizada massagem ou outros métodos manuais para o manejo da dor no trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
112) Foi realizada aspersão/imersão em água na primeira e segunda fase de trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
113) Foi administrado ocitocina durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique o momento: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
114) Foi administrado ocitocina na terceira fase do trabalho de parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
115) Foi realizada cardiocotografia (registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas) para a avaliação fetal durante o parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
116) Foi realizado enema (lavagem intestinal) durante o parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
117) Foi realizada amniotomia (ruptura artificial das membranas amnióticas) para encurtar trabalho de parto espontâneo: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica	
118) Foi realizada administração de uterotônicos profiláticos antes ou após o desprendimento da placenta após o parto vaginal: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
119) Foi realizada episiotomia (corte perineal): 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
120) Teve laceração: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
121) Foi realizada episiorrafia (sutura perineal): 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
122) Foi realizado o despinçamento previamente fixado e dividido do cordão umbilical permitindo que o sangue da placenta possa drenar livremente: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
123) Foi realizado algum tipo de analgesia para alívio da dor pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	

124) Foi realizada a administração de medicamentos para alívio da dor pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
125) Foi realizada a administração de supositórios analgésicos para o alívio da dor da sutura perineal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica	
126) Foi realizada a administração de medicamentos anti-retrovirais durante a internação para reduzir o risco de transmissão da infecção por HIV de mãe para o filho: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
127) Foi realizada a administração de nitrato de prata a 1% (método credé) ao nascimento do recém-nascido: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
128) Foi realizada a administração de vitamina K ao nascimento do recém-nascido: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
129) Foi estimulado o contato pele-a-pele entre o binômio mãe-bebê dentro de 24 h de nascimento: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
130) Foi garantida a permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante todo o tempo de internação: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
131) Foi ofertado suporte, com orientações e medidas que facilitem a amamentação, para a mãe lactante: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
132) Teve acompanhamento após o parto: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____	
133) Conseguiu amamentar a criança na primeira hora de vida: 1. Não, especifique: _____ 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
134) Quem assistiu a primeira mamada: 1. Estava sozinha 2. Acompanhante 3. Auxiliar/Técnico de Enfermagem 4. Enfermeiro 5. Médico 6. Outro, especifique: _____	
135) Foi orientada quanto ao uso restrito de chupeta em crianças amamentadas para aumentar a duração do aleitamento materno: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
136) Foi orientada quanto à importância da consulta pós-natal para a mulher e a criança: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____ 3. Ignorado	
137) Foi orientada quanto ao uso de método contraceptivo após o parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____	
138) Qual profissional realizou essas orientações referentes ao planejamento familiar: 1. Auxiliar/Técnico de Enfermagem 2. Enfermeiro 3. Médico 4. Estudante 5. Não se Aplica 6. Ignorado 7. Outro, especifique: _____	
139) Foi orientada quanto às triagens neonatais, como o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Ignorado	
140) Qual profissional realizou essas orientações a respeito das triagens neonatais: 1. Auxiliar/Técnico de Enfermagem 2. Enfermeiro 3. Médico 4. Estudante 5. Não se Aplica 6. Ignorado 7. Outro, especifique: _____	
141) Foi orientada quanto ao acompanhamento do desenvolvimento do bebê e acesso a consultas especializadas, quando necessário: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____ 3. Ignorado	
142) Foi orientada quanto ao apoio ao aleitamento materno, imunizações e outros cuidados especiais com o bebê: 1. Não 2. Sim, especifique o profissional: _____ 3. Ignorado	

143) Foram realizados esclarecimentos de dúvidas e fornecimento de informações durante o período pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Ignorado	
--	--

d) Gestão de Primeira Linha de Complicações

144) Apresentou qual(is) intercorrências ao longo da gestação: 1. Sem intercorrências 2. Pré-eclâmpsia 3. Infecção do Trato Urinário 4. IST 5. Outra, especifique: _____	
145) Foram realizadas intervenções para prevenção e tratamento da dor pélvica e nas costas durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
146) Foram realizadas orientações e intervenções para hidratação materna oral para aumentar o volume de fluido amniótico em oligoidrâmnios: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
147) Foram realizadas intervenções para a prevenção de pré-eclâmpsia e suas complicações: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
148) Foram realizadas intervenções para a prevenção do diabetes gestacional e suas complicações: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
149) Foi realizada acupuntura no tratamento da dor no trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
150) Foi realizada antibioticoterapia durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
151) Foi realizado tratamento para infecções do trato urinário sintomáticas no pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
152) Foi realizado tratamento para bacteriúria assintomática no pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
153) Foi realizado tratamento de vaginose bacteriana no pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
154) Foi realizado tratamento de infecção sexualmente transmissível no pré-natal: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
155) Foi administrado medicação profilática para evitar hemorragia pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
156) Foi realizado tratamento para mulheres com anemia pós-parto por deficiência de ferro: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
157) Foi realizada suplementação de vitamina A para as mulheres pós-parto: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
158) Foi realizado fototerapia para a icterícia neonatal: 1. Não 2. Sim 3. Não se aplica 4. Ignorado	
159) Foram realizadas intervenções preventivas, não farmacêuticas, psicossociais ou psicológicas para a prevenção da depressão pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
160) Foi realizada administração de imunoglobulina Anti-Rh durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
161) Foi realizada administração de imunoglobulina Anti-Rh após o parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	

162) Foi realizada antibioticoterapia durante a internação pós-parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
---	--

e) Tratamento de Complicações Graves

163) Apresentou alguma complicação grave durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
164) Apresentou alguma complicação grave durante o parto: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
165) Apresentou alguma complicação grave durante o puerpério: 1. Não 2. Sim, especifique: _____ 3. Não se aplica 4. Ignorado	
166) Foi realizado o agendamento prévio de cesariana (eletiva): 1. Não 2. Sim 3. Não se Aplica	
167) Qual a indicação da cesárea eletiva: 1. Apresentação Pélvica 2. Placenta Prévia 3. Infecção pelo HIV 4. Descolamento Prematuro de Placenta 5. Desproporção Cefalo-Pélvica 6. Distócia 7. Falha de Indução 8. Sofrimento Fetal 9. Pré-eclâmpsia 10. Ignorado 11. Não se Aplica 12. Outra, especifique: _____	
168) Foi realizada cesariana de emergência: 1. Não 2. Sim 3. Não se Aplica	
169) Qual o tipo de anestesia utilizada na cesariana: 1. Raquimedular 2. Peridural 3. Geral 4. Não se aplica 5. Ignorado	
170) Foi realizada transfusão sanguínea durante ou após o parto: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
171) Foi detectada alguma complicação grave com o bebê durante a gestação: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
172) Foi detectada alguma complicação grave com o bebê durante o parto: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
173) Foi detectada alguma complicação grave com o bebê após o nascimento: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
174) O recém-nascido necessitou de serviços específicos para pré-termo: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
175) Foi realizada antibioticoterapia para o recém-nascido: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	
176) Foi realizada hemotransfusão no recém-nascido: 1. Não 2. Sim, especifique o motivo: _____ 3. Não se Aplica 4. Ignorado	

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO QUANTO À APARÊNCIA E CONTEÚDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Título do Trabalho: QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ

Nome do Avaliador: _____

Experiência com o conteúdo em questão:

- Doutor em Enfermagem ()
- Mestre em Enfermagem ()
- Especialista em Saúde Materna e/ou Neonatal ()
- Experiência na área de Saúde Materna e/ou Neonatal, no mínimo 5 anos ()
- Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de Saúde Materna e/ou Neonatal ()
- Trabalhos publicados na área de Saúde Materna e/ou Neonatal nos últimos 3 anos ()
- Tese/Dissertação/Monografia na área de Saúde Materna e/ou Neonatal ()

INSTRUÇÕES:

Analise cuidadosamente o roteiro de entrevista. Em seguida, responda às perguntas.

1. O conteúdo das perguntas reflete os itens necessários para avaliação do instrumento concernente às questões sociodemográficas, obstétricas e relacionadas à qualidade do cuidado ofertado à população deste estudo?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

2. Nas questões e alternativas existem termos ou expressões que não condizem com a avaliação do instrumento proposto?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

3. A forma de abordagem e o conteúdo das perguntas estão com o vocabulário adequado?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

4. As perguntas demonstram clareza e objetividade?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

5. É necessário realizar alguma alteração gramatical ou correção?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

6. As perguntas mensuram o que desejam medir?

() Sim () Não

Sugestões:

Comentários:

Comentários Finais

Agradeço pelas contribuições realizadas.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E/OU NEONATAL)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS –
VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO)**

Prezada Colega,

Eu, Camila Almeida Neves de Oliveira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo intitulado: “QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ”, em que uma das etapas se refere à validação do formulário de entrevista, por parte de especialistas em conteúdo. Estes especialistas foram selecionados com base em critério pré-estabelecidos, sendo você considerada um destes. Gostaria de solicitar a sua colaboração e lhe convidar a participar da referida validação, tendo em vista que seus conhecimentos são relevantes para avaliar o instrumento que será utilizado no presente estudo. Você receberá uma cópia do formulário de entrevista e do instrumento de validação.

O instrumento de validação para ser preenchido visa avaliar o formulário de entrevista e está constituído de itens a serem respondidos “Sim” ou “Não”, além de itens contendo as sugestões e comentários pertinentes à questão.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa. A critério de esclarecimento, não há riscos previsíveis ao longo da sua participação neste estudo, e ressalto que não será efetuada nenhuma gratificação pela participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas pela pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

Fortaleza - CE, ____/____/____

Especialista

Pesquisadora

Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-160

Telefone: (85) 3366 8455/3366 8451

E-mail: camilaandeoliveira@gmail.com

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ”, que tem como objetivo avaliar a qualidade do cuidado ofertado à mulher e ao recém-nascido na 18^a Região de Saúde do Estado do Ceará.

Caso aceite, sua participação consistirá em responder a uma entrevista, composta por questões objetivas, permitindo maior liberdade de resposta e não estabelecendo assim uma ordem rigorosa de requisitos. Todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa sendo assegurada a desistência a qualquer momento.

É importante esclarecer que todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa sendo assegurada a sua desistência a qualquer momento. Suas respostas e dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas entrevistas e nem quando os resultados forem apresentados.

A participação nesta pesquisa é voluntária, assim como não terá nenhum custo ou receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Do mesmo modo, você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação ou recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir para a disseminação de conhecimentos a toda a comunidade acadêmica, aos profissionais da saúde,

bem como gestores que atuam diretamente na saúde pública por ser uma situação onde seus resultados serão de grande relevância para toda a sociedade. Em relação aos possíveis riscos informamos que no caso de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou desconforto, lhe será dado o direito de não respondê-la, sendo ainda respeitadas todas as condições éticas podendo retirar seu consentimento a todo e qualquer momento, sem que isso incorra em penalidade ou constrangimentos de qualquer espécie.

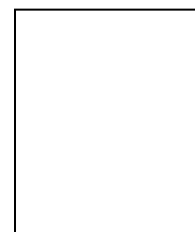
Diante do exposto, os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa, assim como o seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Quaisquer outras dúvidas ou esclarecimentos podem ser dirimidos através dos seguintes contatos: Camila Almeida Neves de Oliveira, Endereço: Rua Vereador Laureano de Souza Bernardo, n. 233, Bairro Veneza - Iguatu-CE, Telefone: (88) 9609-7334, E-mail: camila_almeida_oliveira@hotmail.com.

Assim, cientes dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos teórico-metodológicos, dos possíveis riscos ou danos que poderá sofrer, além da garantia da confidencialidade e sigilo das informações coletadas e da garantia de esclarecimento quanto a qualquer dúvida, estando livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, solicitamos a assinatura deste documento em duas vias, permanecendo uma cópia com o pesquisador e outra com a participante que comprovará sua livre decisão e aceitação em participar da presente pesquisa.

Iguatu – CE, _____ de _____ de 2016.

Assinatura da Participante/RG ou Impressão Datiloscópica



Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESPONSÁVEL LEGAL DE PUÉRPERAS MENORES DE 18 ANOS)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL
LEGAL DE PUÉRPERAS MENORES DE 18 ANOS)**

Prezado(a) Senhor(a),

A menor sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ”, que tem como objetivo avaliar a qualidade do cuidado ofertado à mulher e ao recém-nascido na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de uma entrevista, composta por questões objetivas, permitindo liberdade de resposta e não estabelecendo assim uma ordem rigorosa de requisitos.

É importante esclarecer que todas as informações fornecidas pela menor serão utilizadas somente para esta pesquisa sendo assegurada a sua desistência a qualquer momento. As respostas e dados pessoais fornecidos pela menor serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas entrevistas e grupo focal e nem quando os resultados forem apresentados.

A participação nesta pesquisa é voluntária, assim como a menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo ou receberá qualquer vantagem financeira. Ela será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Do mesmo modo, o (a) Sr. (a), como responsável pela menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dela a qualquer momento. A participação ou recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir para a disseminação de conhecimentos a toda a comunidade acadêmica, aos profissionais da saúde,

bem como gestores que atuam diretamente na saúde pública por ser uma situação onde seus resultados serão de grande relevância para toda a sociedade. Em relação aos possíveis riscos informamos que no caso de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou desconforto, lhe será dado o direito de não respondê-la, sendo ainda respeitadas todas as condições éticas podendo retirar seu consentimento a todo e qualquer momento, sem que isso incorra em penalidade ou constrangimentos de qualquer espécie.

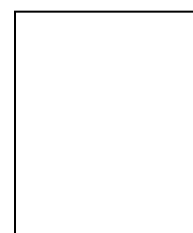
Diante do exposto, os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa, assim como o nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão.

Quaisquer outras dúvidas ou esclarecimentos podem ser dirimidos através dos seguintes contatos: Camila Almeida Neves de Oliveira, Endereço: Rua Vereador Laureano de Souza Bernardo, n. 233, Bairro Veneza - Iguatu-CE, Telefone: (88) 9609-7334, E-mail: camila_almeida_oliveira@hotmail.com.

Assim, cientes dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos teórico-metodológicos, dos possíveis riscos ou danos que o menor poderá sofrer, além da garantia da confidencialidade e sigilo das informações coletadas e da garantia de esclarecimento quanto a qualquer dúvida, estando livre o menor para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, solicitamos a assinatura deste documento em duas vias, permanecendo uma cópia com a pesquisadora e outra com o responsável pelo menor que comprovará sua livre decisão e aceitação do menor em participar da presente pesquisa.

Iguatu – CE, _____ de _____ de 2016.

Assinatura da Participante/RG ou Impressão Datiloscópica



Assinatura do Pesquisador