



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

CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU

**MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE
INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**

FORTALEZA

2018

CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU

**MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE
INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro

FORTALEZA

2018

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)

C164m Calou, Cinthia Gondim Pereira.
Maternidade segura : estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela Rede Cegonha /
Cinthia Gondim Pereira Calou. – 2018.
162 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Coorientação: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro .

1. Maternidade . 2. Estrutura dos Serviços . 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Satisfação . I. Título.
CDD 610.73

CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU

**MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE
INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Co-orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Paula Renata Amorim Lessa Soares
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Glauberto, da Silva Quirino
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Profa. Dra. Emiliana Bezerra Gomes
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Samila Gomes Ribeiro (Membro Suplente)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

A Deus,

Por todas bênçãos em minha vida.

À minha família,

Por todo o estímulo, compreensão, confiança e amor.

AGRADECIMENTOS

Sempre e eternamente a Papai do Céu e a Nossa Senhora de Fátima que tive a honra de durante o mestrado e doutorado morar pertinho do seu santuário. Foi ali que a nossa caminhada começou. Tantos pedidos, tantos agradecimentos, tantos medos, nem sempre tanta fé, mas ao mesmo tempo a certeza, de que sem Ela, sem a sua intercessão, nada seria possível.

Aos meus amados pais Joaquim e Máira pelo apoio incondicional, por estarem sempre com o coração aberto, o sorriso no rosto para me acolherem, além de abraçarem todos os meus sonhos. Vocês são o meu alicerce e a força que me faz ir adiante. Amo vocês infinitamente.

À Lara, minha filha única, amada e fundamental para a minha evolução. Muito obrigada pelo seu apoio de sempre. Nas nossas idas e vindas você cresceu forte, decidida, determinada a ser feliz e sabe que para isso, precisamos lutar. Os meus últimos cinco anos, a maternidade estava presente nas minhas pesquisas de mestrado e doutorado, e hoje vejo você esperando João, e em mim é mais forte o desejo de que você e as mulheres que passaram por mim durante a coleta de dados, experimentem a maternidade com plenitude através do amor e dos direitos garantidos. Obrigada, por fazer a nossa família crescer. Obrigada João por já fazer a vovó feliz. E obrigada a Túlio que junto de Lara está construindo uma linda família. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Marcelo e Márcio e cunhadas, Sarah e Samara pela torcida animada e por me proporcionarem uma convivência cheia de alegria e amor com os meus sobrinhos. Amo vocês.

À Paulo Arianildo, o meu amor, o meu Arica, obrigada por ser tantos em um só. Obrigada por estar ao meu lado (aonde quer que eu vá), pelo incentivo, apoio, carinho e cuidado. Você me faz mais forte e mais corajosa para juntos conquistarmos o nosso mundo. Te amo meu amor. Que Deus nos abençoe.

À minha querida orientadora Prof.^a. Dr.^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro. Foi minha professora da graduação e nos reencontramos no mestrado e doutorado. Que sorte a minha. Nunca imaginei que pudesse ser tão maravilhosa a nossa convivência. Sempre lhe disse que os seus ensinamentos ultrapassam a academia. Os seus ensinamentos são para a vida. E agora que voltei

para a universidade, como docente, tenho a audácia de dizer que vejo um pouco da senhora em mim. Obrigada por todos os ensinamentos, pelas oportunidades, pela paciência, pelo afeto, enfim, foi inesquecível esses últimos cinco anos. Quero estar sempre pertinho da senhora.

À minha co-orientadora Prof.^a Dr.^a. Régia Christina pelo apoio e carinho de sempre.

Aos professores da banca minha banca composta de pessoas especiais e que fazem parte da construção do meu aprendizado. Prof.^a. Dr.^a. Priscila Aquino, você ensina com amor e generosidade, sempre atenta e prestativa a me ajudar. Prof.^a. Dr.^a. Paula Renata pelo seu apoio e prontidão. A sua objetividade sempre será um dos meus objetivos. Obrigada querida por me deixar ficar. Prof.^a. Dr.^a. Emiliana Gomes por segurar na minha mão e com muita doçura e paciência me mostra que o conhecimento, mesmo daquilo que não temos domínio, pode ser fascinante. Prof. Dr. Glauberto Quirino, você me inspira com tamanha inteligência e sensibilidade.

Ao grupo de pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva por todos os momentos de aprendizado e amizade. Agradeço especialmente a Lígia e a Mayara por terem contribuído singularmente com esta pesquisa no momento da minha ausência devido ao doutorado sanduíche.

A equipe de coleta de dados na maternidade em Barbalha, enfermeiras Leidiane Moraes e Bruna, com grande apoio das Enfermeiras Mabel e Dayanne Rakelly, pela dedicação e carinho que dispensaram as puérperas na construção dessa pesquisa.

A equipe de coleta de dados na maternidade em Sobral, representada pelo acadêmico de enfermagem João Vítor, tendo como líder a profa. Adlane. A coleta em Sobral não seria possível sem o empenho de vocês.

Ao prof. Paulo César, por todo o carinho e contribuição no tratamento dos dados est seu largo sorriso e abraço farto eram reconfortantes.

Ao prof. Wilson Abreu que me recebeu na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em Portugal com muita disponibilidade em me proporcionar experiências engrandecedoras ao meu conhecimento. O senhor me mostrou um mundo de oportunidades que precisam ser conquistadas com sabedoria e dedicação.

À Dra. Rosalina Matias Correia, especialista em qualidade, ambiente, higiene e segurança, e em gestão da formação na ESEP. Obrigada por todos os momentos de discussão acerca do meu objeto de estudo. Foi um privilégio conhecer um pouco sobre avaliação dos serviços e trazer alguns questionamentos para a tese.

A Flávia Machado, uma flor que tive o prazer de conhecer na ESEP. Uma menina linda, inteligente e doce que se dispôs a entender a minha tese e trabalhar o banco de dados comigo. Era sempre um prazer tê-la por perto. Flavinha amo você.

Aos meus familiares de Fortaleza, tio Beto, tia Mazé, Vinícius, Marília, Rubinho, Raquel, Hairon, Sophia e Laís que sempre me acolheram e fizeram com que eu me sentisse em casa, me mostrando o quanto os laços familiares são importantes. Obrigada por tudo, meus amores.

Às professoras e amigas Kênia Lisboa e Sarah Pinto pelo apoio, em especial, nos últimos momentos da construção desse trabalho, em que a ansiedade e o cansaço em terminá-lo estão muito presentes, e vocês chegaram para dar mais leveza.

A Lara e Eglídia que compartilharam comigo os primeiros passos desse grandioso projeto.

À Walma e Saulo pela disponibilidade e carinho.

À todas as puérperas e acompanhantes que me deixaram conhecer um pouco de sua história ao participarem dessa pesquisa.

Aos meus filhotes de quatro patas, Latrell, Zeus, Thor e Amora, por todo amor e companheirismo durante a escrita da tese. Os intervalos de brincadeira eram revigorantes.

À Universidade Regional do Cariri em especial ao Departamento de Enfermagem.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

“Como resultado de tantas investigaciones científicas, hemos obtenido respuestas de sentido común: el recién nacido necesita estar con su madre. Lo que tenemos que hacer los demás es dejarlos en paz”. (Michel Odent)

RESUMO

A estratégia Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Para isso, torna-se fundamental a avaliação contínua da qualidade dos serviços de saúde e do cuidado em saúde desempenhado por uma equipe comprometida com as condições de estrutura física e organizacionais, apoiada por uma gestão articulada para o alcance da qualidade do cuidado, e conseqüente redução da mortalidade materna e neonatal. O presente estudo objetivou analisar a adequabilidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha. Adotou-se o modelo teórico *Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)*. Trata-se de um estudo de avaliação normativa, transversal com abordagem quantitativa realizado em três maternidades no estado do Ceará. A amostra foi composta por 347 puérperas e 12 gestores das maternidades. A coleta de dados se deu no período de março a outubro de 2017, por meio de formulários estruturados voltados para as puérperas e gestores; e um *checklist* com indicadores avaliativos da estrutura física e organizacional. Foram utilizadas duas técnicas de coletas de dados: a entrevista e observação sistemática. O estudo atende aos requisitos éticos com o reconhecimento do Comitê de Ética da Maternidade Escolar Assis Chateaubriand (MEAC) no Protocolo 1.939.946. Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. A estrutura física de todas as maternidades foi classificada como inadequada, especialmente no alojamento conjunto e na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru. Os recursos humanos foi o melhor avaliado nas três maternidades. A Unidade de Tratamento Intensivo neonatal foi o único setor classificado com melhor adequação. Os enfermeiros foram os profissionais que mais se capacitaram e desempenhavam a função de gestores. As Maternidades B e C não tinham implantado o Colegiado Gestor. Acerca do grau de satisfação, os resultados demonstraram que as puérperas atendidas na Maternidade A e B estavam satisfeitas com todos os recursos. Enquanto que as puérperas da Maternidade C tiveram um alto nível de insatisfação quanto aos recursos humanos, concernentes ao Acolhimento com Classificação de Risco, com o fato dela não ser apresentada a equipe de saúde, de não ter oportunidade de fazer perguntas e de não receber orientações. A maioria das puérperas se mostrou satisfeita com o tempo de espera nas três maternidades. O local do acompanhante foi avaliado com insatisfação. Conclui-se que apenas os recursos humanos se encontravam adequados nas maternidades investigadas. Destaca-se escores muito baixos para os recursos físicos, sendo classificados como inadequados. As puérperas atendidas

nas maternidades A e B mostraram-se satisfeitas com todos os recursos, enquanto as puérperas da Maternidade C tiveram um alto nível de insatisfação quanto aos recursos humanos.

Palavras – chaves: Maternidade. Estrutura dos Serviços. Qualidade da assistência à saúde. Satisfação.

ABSTRACT

The Stork Network strategy represents a set of initiatives that involve changes in the process of care for pregnancy, childbirth and birth, linking network attention points to obstetric regulation. Therefore it is essential to continuously evaluate the quality of health services and health care performed by a team committed to the physical and organizational structure conditions, supported by an articulated management to achieve the quality of care, and consequently reduction of maternal and neonatal mortality. This study aimed to analyze the adequacy of the physical and organizational structure of maternity facilities enabled by the Stork Network. The theoretical model Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) was adopted. It is a normative, cross-sectional study with a quantitative approach carried out in three maternity hospitals in the state of Ceará. The sample consisted of 347 puerperal mothers and 12 maternity managers. The data collection was conducted in the period from March to October 2017, through structured forms aimed at puerperal women and managers; and a checklist with evaluative indicators of the physical and organizational structure. Two techniques of data collection were used: interview and systematic observation. The study meets the ethical requirements with recognition of the Ethics Committee of the Scholl Maternity Assis Chateaubriand (MEAC) in Protocol 1.939.946. Data were compiled and analyzed by means of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0. The physical structure of all maternity wards was classified as inadequate, especially in cohabitation and in Care Unit Intermediate Neonatal Kangaroo. Human resources were the best evaluated in the three maternity hospitals. The Neonatal Intensive Care Unit was the only sector with the best suitability. The nurses were the professionals who were most qualified and performed the function of managers. The Maternities B and C had not implemented the Management Committees. About the degree of satisfaction, the results showed that the mothers attended at Maternity A and B were satisfied with all the resources. However the mothers of Maternity C had a high level of dissatisfaction with human resources, concerning the Reception with Risk Classification, the fact that it was not introduced to the health team, do not have the opportunity to ask questions and do not receive guidance. Most of the puerperal mothers were satisfied with the waiting time in the three maternities. The place of the companion was evaluated with dissatisfaction. It was concluded that only human resources were adequate in the maternity hospitals investigated. Very low scores for physical resources are highlighted, being classified as inadequate. The

mothers attended at maternity units A and B were satisfied with all the resources, while the mothers of Maternity C had a high level of dissatisfaction with human resources.

Keywords: Maternity. Structure of Services. Quality of Health Care. Satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil da qualificação dos gestores. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	64
Tabela 2 -	Características sociodemográficas das puérperas. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017	65
Tabela 3 -	Características gineco-obstétricas e de assistência pré-natal das puérperas. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	67
Tabela 4 -	Características das puérperas e recém-nascidos na admissão. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	68
Tabela 5 -	Distribuição da adequabilidade dos recursos humanos e organizacionais, segundo os gestores. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017....	69
Tabela 6 -	Frequência da satisfação global das puérperas por maternidade, acerca dos recursos humanos, físicos e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	71
Tabela 7 -	Associação das características das puérperas com o grau de satisfação por recurso. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	71
Tabela 8 -	Associação da satisfação acerca da qualidade da assistência ao parto com as maternidades. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	73
Tabela 9 -	Associação da satisfação das puérperas acerca dos recursos humanos, físicos e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos com os desfechos perinatais. Fortaleza, CE, Mar-Out, 2017.....	77

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes do framework Quality Maternal and Newborn Care (QMNC). Fortaleza, CE, 2016.....	34
Quadro 1- Distribuição do número de artigos encontrados segundo os cruzamentos e as bases de dados e bibliotecas eletrônicas. Fortaleza, CE, 2016	38
Figura 2 - Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza, CE, 2016	39
Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na RI, segundo autores, ano de publicação, base de dados, tipo de delineamento e nível de evidência, formação e instituição do autor principal e país dos autores. Fortaleza, CE, 2016	40
Quadro 3 - Indicadores relacionados à estrutura física e organizacional e os resultados decorrentes do cuidado recebido. Fortaleza, CE, 2016..	42
Quadro 4 - Síntese do Conhecimento de acordo com os indicadores de estrutura física e organizacional. Fortaleza, CE, 2016	44
Figura 3 - Mapa do Estado do Ceará. Fortaleza, CE, 2016	53
Figura 4 - Adequabilidade geral dos domínios estruturais e organizacionais das maternidades em estudo. Fortaleza, CE, 2016	61
Figura 5 - Adequabilidade dos indicadores estruturais e organizacionais por maternidade. Fortaleza, CE, 2016	61
Figura 6 - Adequabilidade dos Recursos Humanos por setor das maternidades. Fortaleza, CE, 2016	62
Figura 7 - Adequabilidade dos Recursos Físicos por setor das maternidades. Fortaleza, CE, 2016	63
Figura 8 - Adequabilidade dos Recursos Materiais, de Equipamentos e Medicamentos por setor das maternidades. Fortaleza, CE, 2016 ...	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
AC	Alojamento Conjunto
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância à Saúde
APICE ON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
BLH	Banco de Leite Humano
CCEB	Critério de Classificação Econômica
CGBP	Casa de Gestante Bebê Puérpera
CO	Centro Obstétrico
CPN	Centro de Parto Natural
CPNi	Centro de Parto Natural Intra-hospitalar
EO	Enfermeira Obstetra
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAR	Gestante de Alto Risco
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	Método Canguru
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
NHB	Necessidades Humanas Básicas
ODM	Objetivos do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OR	<i>Odds Ratio</i>
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPP	Parto, Pré-Parto, Pós-parto
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses</i>
PVO	<i>Population, Variable, Outcome</i>
QMNC	<i>Quality Maternal Newborn Care</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library On-Line</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
UFC	Universidade Federal do Ceará
UTI	Unidade Terapia Intensiva
UTIn	Unidade Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo Geral	25
2.2	Objetivos Específicos	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1	Rede Cegonha: estratégia para organização da atenção obstétrica no Brasil	26
3.2	Avaliação dos Serviços de Saúde	29
3.3	Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)	32
4	ESTADO DA ARTE	36
5	MÉTODOS	52
5.1	Tipo de estudo	52
5.2	Local do estudo	52
5.2.1	Maternidade A	53
5.2.2	Maternidade B	54
5.2.3	Maternidade C	54
5.3	População e amostra	55
5.4	Coleta de dados	56
5.4.1	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	56
5.4.2	Aspectos éticos e legais	59
5.5	Organização e análise dos dados	60
6	RESULTADOS	61
6.1	Adequabilidade da estrutura física e organizacional das maternidades.	61
6.2	Adequabilidade da estrutura física e organizacional segundo os gestores	64
6.3	Perfil sociodemográfico, gineco-obstétrico e admissional das puérperas e recém-nascidos	64
6.4	Satisfação das puérperas	71
7	DISCUSSÃO	80
7.1	Caracterização das maternidades quanto aos recursos humanos.....	81

7.2	Caracterização das maternidades quanto aos recursos físicos	82
7.3	Caracterização das maternidades quanto aos recursos materiais, de equipamentos e medicamentos	86
7.4	Caracterização dos gestores	87
7.5	Caracterização das puérperas	89
7.6	Análise situacional das maternidades de acordo com a avaliação dos gestores	97
7.7	Perfil e o grau de satisfação das puérperas	101
7.8	Satisfação global das puérperas	102
7.9	Satisfação das puérperas com a qualidade da assistência ao parto	103
7.10	Satisfação das puérperas segundos os recursos humanos, físicos, materiais, de equipamentos e medicamentos com os desfechos perinatais	108
8	CONCLUSÕES	111
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A garantia do direito à maternidade segura, que se destaca pelo atendimento humanizado durante a gravidez e parto, segue como um desafio diante da morte materna que continua atingindo milhares de mulheres anualmente. Diante dessa realidade, a promoção da saúde configura-se como reorientadora das ações de cuidados integrados que incluem o planejamento familiar e a assistência pré-natal, bem como a assistência ao parto e pós-parto, a fim de combater a mortalidade materna e neonatal.

Apesar do progresso obtido, ainda se considera baixo o impacto das ações e políticas já implementadas na mortalidade materna, já que continua sendo inaceitavelmente alta com cerca de 280 mil mortes maternas em todo o mundo a cada ano, enquanto, na taxa de mortalidade neonatal foi registrado decréscimo (VICTORA *et al.*, 2011; WHO, 2014). No cenário brasileiro os desfechos perinatais ainda são considerados um desafio para a sociedade, profissionais de saúde e autoridades governamentais.

A mortalidade materna é um indicador de saúde relacionado a mortes precoces e evitáveis, pois decorre de eventos complexos, e portanto, multifatoriais. Por ser um indicador utilizado mundialmente como referência de desenvolvimento e qualidade de vida de uma determinada população, revela não só as condições socioeconômicas, mas também está relacionada à cidadania e, sobretudo, deve ser vista como uma questão de direitos humanos (BRASIL, 2012a; DIAS *et al.*, 2014).

Estima-se que a cada ano 289 mil mulheres no mundo morrerão durante o período gravídico puerperal. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas não foi o suficiente para alcançar a 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de redução de 75% das mortes maternas em 2015 (WHO, 2014). Quanto à mortalidade infantil, 2,6 milhões serão natimortos e 2,9 milhões de crianças morrerão no primeiro mês de vida (UNICEF, 2013).

No Brasil, identificou-se que alguns fatores têm dificultado a melhoria dos indicadores maternos e neonatais, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde); e, ainda, a produção do cuidado, que tende a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento, reduzindo o sujeito a objeto e o cuidado, às tecnologias duras (BRASIL, 2011a; MERHY, 2002).

Entre os anos de 2000 e 2014, a taxa média de mortalidade materna no Brasil, foi de 55,7 mortes por 100 mil NV (SUDENE, 2016). Esses dados não são homogêneos territorialmente, nem tampouco segundo variáveis socioeconômicas e étnicas/raciais, e podem variar conforme a região do país, de 44 até 110 óbitos por 100 mil NV (BRASIL, 2012a). Em termos regionais, em 2014 a cada 100 mil NV, 78,6 mães morreram na Região Norte. O Nordeste apresentou a segunda maior taxa de mortalidade materna (71,3 mortes por 100 mil NV), seguido do Centro-Oeste (54,3 mortes por 100 mil NV), Sudeste (54,6 mortes por 100 mil NV) e do Sul com 37,6 mortes maternas por 100 mil NV (SUDENE, 2016).

Percebe-se que, apesar da Estratégia Saúde da Família (ESF) ter ampla cobertura, alguns estados da federação ainda sofrem com enormes vazios existenciais e com as altas taxas de mortalidade materna e infantil (UNA-SUS/UFMA, 2016), o que fortalece a discrepância do acesso aos serviços de saúde, da assistência prestada e dos resultados obtidos, sendo de grande importância a investigação de fatores de risco locais.

No estado do Ceará, houve redução de 31% dos óbitos maternos nos últimos dois anos, passando de 135 em 2014, para 93 em 2016, e ainda assinala que 42% dos óbitos maternos ocorreram no puerpério e 22% na gestação, sugerindo que o momento da ocorrência do óbito é significativo para que sejam desencadeadas ações voltadas para assistência (CEARÁ, 2017). As hemorragias e a hipertensão foram as principais causas do óbito obstétrico, ambas com 18,2% das ocorrências, seguidas por complicações no parto com 15,9%. Em 2016, o Ceará também apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 12,9 por mil nascidos vivos, a menor registrada nos últimos anos. Ressalta-se que as causas diretas são decorrentes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenção, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos (SESA, 2015).

Apesar do não cumprimento da meta no prazo estipulado, o combate à mortalidade materna continuará no centro das agendas políticas de saúde e desenvolvimento internacional. Os novos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) convocam o mundo para um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030 (GABRYSCH; CAMPBELL, 2009; UNITED NATIONS, 2015).

Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades é o que contempla o terceiro ODS, e uma de suas metas é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010, a meta para o nosso país em 2030 é reduzi-la para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012b; WHO, 2015).

Muitos fatores podem reduzir a mortalidade materna e neonatal, dentre eles a necessidade que redes de atenção sejam articuladas de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade. Com isso, é possível garantir a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, com qualidade adequada, sem onerar os custos e com a responsabilização pelos resultados sanitários referentes à essa população (BRASIL, 2011b).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) têm o objetivo de garantir a integralidade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, articuladas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. As diretrizes que regem as RAS foram oficializadas pela Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva de redes, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha (RC), que tem por objetivos fomentar a prática de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir à mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b). No mesmo ano, a Portaria nº 1.473 do MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASIL, 2011c).

Para o cumprimento de tais objetivos, a RC propõe dentre vários aspectos, um rearranjo na estrutura dos serviços de saúde, no âmbito do SUS. A presente pesquisa teve como foco principal a atenção no Componente II: Parto e Nascimento, visto que as principais causas de mortalidade materna e infantil poderiam ser evitadas em tempo hábil e assistência adequada nas maternidades. Ademais, esse componente busca redirecionar o parto e o nascimento através da incorporação de boas práticas, realização de acolhimento com classificação de risco, estimulação à implementação do Colegiado Gestor, adequação da ambiência dos serviços de saúde, implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), além do planejamento e programação de ações no âmbito da saúde materna e infantil (BRASIL, 2013a).

A implantação da RC busca superar a fragmentação na atenção à saúde da mulher, composta predominantemente por serviços isolados, com precária organização para operar na lógica de rede de cuidados continuados, marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias, potencialmente iatrogênicas e centrada no profissional médico. Além disso,

ainda conta com subfinanciamento, mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações, baixo monitoramento e não vinculação das gestantes às maternidades de ocorrência do parto, que em geral peregrinam pelos serviços (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Para que essa realidade seja revertida, é preciso reduzir as iniquidades e implementar cuidados obstétricos de qualidade que impliquem na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, da prematuridade e natimortalidade, das intervenções desnecessárias, na busca da melhoria dos resultados de saúde dessa população (mulheres e neonatos) (RENFREW *et al.*, 2014). Portanto, a atuação da enfermeira obstetra é fundamental para que esses resultados sejam mais favoráveis para uma maternidade segura, mantendo a perspectiva de promoção da saúde integral, por meio de cuidados com menos procedimentos intervencionista e mais respeito à autonomia das mulheres.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, enfatiza a afirmação dos direitos da mulher propondo a humanização como estratégia para melhoria da qualidade da atenção. Além disso, visa à redução da morbimortalidade materna e neonatal a partir da superação do modelo tecnocrático pelo humanista, no qual a parturiente é protagonista no parto, valorizando o processo fisiológico e psicológico da parturição (BRASIL, 2002). Em termos assistenciais, o modelo humanístico, proposto por Davis-Floyd (2001), propõe resgatar o parto como evento fisiológico, social e afetivo. Para isso, a mulher deve ter ao seu lado um acompanhante, de sua escolha durante todo o processo do pré-parto, parto e pós-parto, onde haja liberdade de movimentação, inclusive na escolha da posição de parir; a utilização de métodos não farmacológicos que possa aliviar as dores, o respeito a privacidade, a presença constante de um profissional qualificado para acompanhar o parto, o contato pele a pele, logo após o nascimento, e por fim, que o medo e a dor sejam respeitados e percebidos como legítimo e integrantes do processo de parturição.

Recentemente, o MS em parceria com outras instituições de saúde e educação, lançaram o projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) e propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal em hospitais de ensino, universitários ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. A medida tem como objetivo aprimorar o modelo de atenção ao parto, nascimento e abortamento, além de ampliar a integração entre ensino e serviços de saúde, tanto na qualificação das práticas de cuidado e de gestão, quanto na formação profissional (BRASIL, 2017).

Mesmo diante dos movimentos e das políticas em prol da humanização do parto e nascimento, o processo de mudança de um modelo de assistência ao parto com menos intervenções e centrado nas necessidades e direitos da mulher, ainda se mostra tímido e desigual. Portanto, esse projeto justifica-se por estar inserido em um contexto caracterizado pela permanência de problemas ainda identificados no cenário social e epidemiológico-sanitário relacionado à atenção obstétrica e neonatal no Brasil.

A quebra desse paradigma significa uma mudança profunda do processo de trabalho dos profissionais de saúde, que devem direcionar a sua assistência baseada em uma nova maneira de pensar, indo ao encontro de uma prática baseada em evidências que considere a importância da subjetividade entre os sujeitos da produção do cuidado (MERHY, 2002). Ademais, os hospitais precisam reafirmar a proposta de assistir a mulher de forma continuada durante o processo de parturição, abandonando a divisão dos espaços do pré-parto, parto e puerpério. A ambiência precisa ser mais acolhedora e proporcionar mais segurança a mulher e a sua família, facilitando a atuação multidisciplinar e contribuindo para a qualidade das relações entre profissionais e usuários. Por outro lado, as próprias gestantes e suas famílias também precisam se readequar às novas tendências que envolvem o cuidado dispensado com mais qualidade, a partir do momento que retomam o parto para si, como protagonista dessa experiência única e libertadora.

Diante das mudanças necessárias na implementação de um novo modelo de assistência, torna-se fundamental a avaliação contínua da qualidade dos serviços de saúde e do cuidado em saúde desempenhado por uma equipe multidisciplinar comprometida com as condições de estrutura física e organizacionais, apoiada por uma gestão articulada e sensível aos desafios diários para o alcance da qualidade do cuidado, e consequente redução da mortalidade materna e neonatal.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou um modelo de avaliação sobre Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal na busca de fortalecer os serviços de saúde, através da promoção da qualidade, da organização e estruturação e da avaliação dos serviços de atenção materna e neonatal. De acordo com esse modelo, a avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal ocorre através da análise de indicadores de desempenho, com intuito de atingir a qualidade assistencial (ANVISA, 2014).

Renfrew *et al.* (2014) propuseram um modelo teórico para a promoção da qualidade do cuidado materno e neonatal denominado *Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)* que abrange competências profissionais, estrutura física e organizacional dos serviços e o processo de cuidar. Tal modelo representa uma mudança positiva na perspectiva do que deve

orientar o planejamento, a implementação e a avaliação de serviços de saúde para mulheres e recém-nascidos. Os profissionais e gestores de saúde também são envolvidos nesse cuidar e devem estar atentos para uma melhora contínua do acesso ao cuidado e da qualidade da saúde, por meio da medição e avaliação de todos os componentes propostos pelo QMNC. Este modelo teórico pode ser utilizado para identificar as necessidades dos serviços de saúde na melhoria da qualidade do cuidado, avaliar a qualidade do cuidado, planejar o desenvolvimento da força de trabalho, alocar recursos e identificar lacunas em evidências para futuras pesquisas. Para isso, o QMNC propõe cinco componentes: práticas efetivas, organização do cuidado, filosofia e valores do cuidado fornecidos pelos profissionais de saúde e as características dos prestadores do cuidado.

Manzini, Borges e Parada (2009) salientaram que, para realização de avaliação em saúde, é necessária uma estrutura de referência como parâmetro para emitir juízo de valor acerca de alguma intervenção ou prática social. Dessa forma, a qualidade dos serviços de saúde, avaliada por parâmetros apropriados revela o grau de execução ou excelência alcançado no cumprimento de suas ações, e culmina na qualidade do cuidado. Quando o cuidado é respaldado em diretrizes baseadas em evidências e na busca de melhores indicadores de saúde, resulta na garantia da segurança do paciente e na satisfação do trabalhador de saúde (AUSTIN *et al.*, 2014; SHARMA *et al.*, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que a avaliação da estrutura física e organizacional da atenção perinatal em maternidades torna-se relevante para contribuir para o reconhecimento das fortalezas e fragilidades dessa atenção, e necessária ao planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência. Este pressuposto corrobora com o documento “*Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival*” (BHUTTA *et al.*, 2010), o qual descreve a necessidade de produzir dados para guiar ações e políticas ao alcance dos Objetivos do Milênio, além de desenvolver métodos para acompanhar o progresso dessas ações.

Assim, as perguntas problema desta pesquisa são: *Qual a qualidade da estrutura física e organizacional das maternidades habilitadas pela Rede Cegonha e sua relação com a satisfação materna e desfechos maternos e perinatais?*

Pretende-se defender a seguinte tese: as maternidades habilitadas pela Rede Cegonha no estado do Ceará atendem aos padrões de qualidade na estrutura física e organizacional e que esses padrões repercutem positivamente na satisfação materna e nos indicadores perinatais.

Espera-se que diante dos resultados encontrados, os serviços de atenção obstétrica e neonatal evidenciem uma adequada estrutura física e organizacional, que proporcione qualidade do cuidado na assistência à mulher e ao recém-nascido.

A relevância da tese se configura por seus resultados oferecerem informações à gestão do SUS, aos profissionais de saúde e aos usuários. A partir delas, os gestores de diferentes níveis administrativos podem identificar novas estratégias para a obtenção de melhores indicadores de morbimortalidade e aumento da produtividade e eficácia das ações programáticas de políticas públicas apropriadas a cada realidade e na formulação de estratégias que possibilitem o seu controle e a organização da rede assistencial, assim como apontar para novas necessidades de avaliação.

No escopo do desenvolvimento científico da enfermagem, o estudo se propôs a apresentar resultados acerca das condições estruturais e organizacionais das maternidades, evidenciando a importância que esses espaços oferecem para que os enfermeiros das áreas obstétrica e neonatal possam desempenhar o cuidado com qualidade e de forma mais humanizada, em nível de assistência e de gestão. Outra interface desses resultados é a satisfação das puérperas frente aos recursos físicos e materiais, bem como a assistência prestada.

A promoção da saúde obstétrica e neonatal tende a ficar mais evidenciada em meio a existência de maternidades seguras e profissionais qualificados com o objetivo de atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da mulher e do recém-nascido.

Considerando a Rede Cegonha como estratégia para a humanização e promoção da saúde materna e perinatal, uma avaliação após sete anos de implantação, no que diz respeito à estrutura física e organizacional e a sua relação com os desfechos maternos e perinatais é importante para o avanço científico da área obstétrica.

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a qualidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha.

Específicos

1. Verificar a adequação dos recursos físicos, humanos, organizacionais, materiais e de equipamentos das maternidades e seus setores, às recomendações propostas pela Rede Cegonha;
2. Comparar a satisfação das puérperas acerca da existência dos recursos físicos, humanos, materiais e equipamentos das três maternidades;
3. Associar a satisfação das puérperas quanto aos recursos físicos, humanos, materiais e equipamentos das maternidades com a assistência ao parto e os desfechos perinatais;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo adotou como referencial teórico o *framework Quality Maternal and Newborn Care* (QMNC), porém considera-se importante antes, a discussão acerca da Rede Cegonha, uma vez que essa estratégia governamental, atualmente está a conduzir a atenção obstétrica e neonatal desse país, como sendo fundamental para qualificar a assistência prestada às mulheres e aos seus bebês, bem como a família, a fim de reduzir a mortalidade materna e neonatal.

3.1 Rede Cegonha: estratégia para organização da atenção obstétrica no Brasil.

A mortalidade materna é considerada um indicador chave da saúde e do desenvolvimento socioeconômico (WILMOTH, *et al.*, 2012) e reflete como o sistema nacional de saúde se estrutura, além de destacar a filosofia da sociedade nos níveis sociocultural, político e econômico. No cenário brasileiro, a análise desse indicador sugere um déficit de qualidade na assistência à mulher no período gravídico puerperal com elevadas taxas de cesariana, e com reflexo nas indesejáveis ocorrências evitáveis da morte materna e neonatal.

Consoante ao panorama vigente de alta mortalidade materna e neonatal nacional e internacional, a Organização Mundial de Saúde no intuito de promover o nascimento saudável e modificar esse panorama epidemiológico recomenda as boas práticas de atenção ao parto e a redução das intervenções desnecessárias, que abreviam o tempo de nascimento e que não são respaldadas por evidências científicas (WHO, 1996).

Nessa perspectiva, a hipermedicalização vista como um dos problemas de saúde materna, e o modelo hegemônico, que não considera a autonomia e o empoderamento das mulheres, precisam ser revertidos em uma assistência integral não intervencionista, humanizada baseada no respeito e no cuidado individualizado. Além disso, o sistema de saúde brasileiro mostra-se fragmentado e segmentado, com baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde (OPAS, 2009).

Almejando a superação dessa fragmentação dos sistemas de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil reforça as recomendações da OMS por meio de uma política pública para a reorganização do SUS em redes de cuidado. Para tanto, institucionalizou em dezembro de 2010, a organização do sistema de saúde sob RAS, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas

de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

As RAS são organizadas em um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida e se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população (MENDES, 2011).

Nesse escopo, com os avanços legais das RAS e sua relação com a prioritária intervenção na agenda nacional para a assistência à saúde da mulher e da criança, foi instituída a Rede Cegonha no SUS, em junho de 2011 pela portaria MS/GM nº1.459/2011, definida como uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados organizada para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Dentre os seus objetivos destacam-se:

- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Ademais, está estruturada em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico - Transporte Sanitário e Regulação. O componente Pré-Natal garante que as gestantes sejam atendidas nas UBS, estimula a captação precoce, garante os exames de pré-natal de risco habitual e alto risco, além de garantir a vinculação da gestante da UBS à maternidade. No componente Parto e Nascimento, a RC propõe garantir leitos suficientes, o direito ao acompanhante (inclusive do sexo masculino), boas práticas e conselho gestor atuante. O componente Puerpério e Atenção à Criança estimula o aleitamento materno, o acompanhamento da criança de 0 a 24 meses, busca ativa das crianças vulneráveis e planejamento reprodutivo. Por fim, no componente Transporte

e Regulação, a RC estabelece apoio financeiro às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto (BRASIL, 2011).

A implantação da RC tem sido gradativa em todo o território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional, além de adesão institucional com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado (BRASIL, 2011a; 2011c). As instituições de saúde ao pactuarem com a RC, recebem incentivos iniciais, para que a rede funcione de acordo com o alcance das metas estabelecidas. Esses incentivos visam a melhoria da estrutura dos serviços.

A operacionalização da RC percorre cinco fases: adesão e diagnóstico dos entes da federação; desenho regional da Rede Cegonha; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes, e; certificação (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que a RC sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo debatido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Sendo assim, vale destacar alguns dados quantitativos de 2010 sobre partos e mortalidade materno infantil no Brasil, considerando que são dados precedentes à implantação da Rede Cegonha. Esses dados apontaram que de 1990 a 2010, a mortalidade materna caiu pela metade – de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2011). Segundo a OMS (2012), em 2010, 98% da mortalidade materna anual em todo mundo se concentrava em 75 países, sendo o Brasil um deles, que contabilizava 1.719 óbitos maternos e 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva.

Apesar de nas últimas três décadas ter ocorrido um grande avanço na melhoria dos cuidados ao parto e ao nascimento, com redução da morbimortalidade materna e infantil, o resultado ainda não é satisfatório quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico. O Ministério da Saúde tem como prioridade o monitoramento da mortalidade infantil e materna, contribuindo para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo governo federal em defesa destes. Para que o monitoramento seja efetivo, se faz necessário o combate a sub-informação e o sub-registro das declarações das causas de óbitos.

3.2 Avaliação dos serviços de saúde

A avaliação é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções. Tem como objetivos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para a melhoria de uma intervenção; determinar os efeitos de uma ação e contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (DUBOIS *et al.*, 2011).

A avaliação de saúde no Brasil se fez presente e necessária em vários momentos históricos. Entretanto, o estímulo às práticas avaliativas pela OMS, através da Declaração de Alma-Ata foi tardiamente inserido no país, devido a dois fatores: o Estado autoritário de 1980 era resistente a avaliações de suas incipientes políticas e o povo brasileiro não tinha propriedade do funcionamento e transparência das políticas públicas (CENEVIVA; FARAH, 2007).

Em 1990, a prática de avaliar já se fazia presente na agenda Sanitária Brasileira, com a expansão contínua e autonomização do espaço da avaliação em saúde. Diante dessa evolução Guba e Lincoln (1989) propuseram, a princípio, três gerações de avaliação que se caracterizavam pela: *primeira* (1900-1930), que enfatiza a aplicação de instrumentos de medidas e técnicas de mensuração; *segunda* (1930-1960), centrada na descrição da intervenção e que orienta o início da avaliação de programas; *terceira* (1967-1980), apoiada no julgamento do mérito e do valor de uma intervenção para as tomadas de decisão. Posteriormente, a *quarta* geração (1980 – atual) foi formulada enfatizando a negociação, como caráter construtivista da avaliação com a inclusão do envolvimento de agentes sociais envolvidos com a intervenção em todos os momentos da avaliação e na utilização de técnicas qualitativas de investigação.

A avaliação é um elemento que embasa o planejamento e a gestão em saúde, por oferecer suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. Ademais, na gestão em saúde, a avaliação de políticas deve ter como finalidades a melhoria das ações de saúde, a utilização racional dos recursos e a produção de conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade, na percepção dos sujeitos envolvidos (GALAVOTE; MATTOS; LAIGNIER, 2016).

Na avaliação de serviços e programas de saúde existe uma interferência da sociedade e das ciências sociais, e recorre à utilização de “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” – o que se pode chamar de avaliação sistemática, o que se pressupõe a utilização de um método (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 23). Entretanto, a avaliação feita sob o prisma dos acontecimentos do cotidiano, exigem

reflexões subjetivas com emissão de julgamentos descomprometidos, o que dispensa a utilização do método.

Contandriopoulos *et al.* (1997, p.31) conceitua que avaliar “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. O julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Assim, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997, p.34;37) tem-se que a avaliação normativa é “...a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos com critérios e normas”; e a pesquisa avaliativa “...trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa...”

No contexto brasileiro, a ANVISA elaborou um manual sobre a Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal voltado para o fortalecimento dos serviços de saúde. Ademais, esse documento converge para as necessidades dos sujeitos que gerem, fiscalizam e prestam a assistência, contribuindo para o aprimoramento do cuidado, aumentando a segurança do paciente e a qualidade dos serviços. Também serve de base e orientação para a construção e reforma de unidade de atenção materna e neonatal além de guia para a organização e estruturação dos serviços. E por fim, poderá ser utilizado de apoio e referência para a construção de sistemas de segurança do paciente nessas unidades com vistas à redução de erros e danos ao processo assistencial (ANVISA, 2014).

O manual da ANVISA além de recomendar que a estruturação dos Serviços de Atenção Materna e Neonatal esteja de acordo com legislações pertinentes relacionadas à organização e estruturação dos serviços de saúde, também orienta para a avaliação do desempenho da instituição através de indicadores da Instrução Normativa (IN) nº 2, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre os indicadores para avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (ANVISA, 2014).

Diante das possibilidades de avaliação é fundamental que o objeto em questão seja bem delimitado. Nos serviços e programas de saúde a avaliação pode se dar na sua integralidade ou em alguns componentes e ainda apresentar dimensões transversais como a qualidade que atenda às necessidades dos atores envolvidos.

Vale ressaltar que a avaliação de serviços e programas não suporta mais ser analisada na ótica do positivismo, sendo reduzida a dados quantitativos, que por vezes não permitem revelar resultados importantes para novas tomadas de decisão, por não valorizar elementos como a percepção e a subjetividade de quem é avaliado e de quem avalia. A avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise destaca a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde existentes nos programas e serviços, repercutindo na natureza do material a ser levantado e produzido (BOSI; UCHIMURA, 2006).

A qualidade surge como uma característica linear (simbiose) ao processo de avaliar os serviços de saúde e os cuidados prestados, e revela a importância da articulação do processo de trabalho dos profissionais de saúde com as condições de infraestrutura dos serviços e do sistema de saúde, compreendendo que a gestão desempenha papel fundamental nessa articulação. O processo de avaliação da qualidade também envolve quem utiliza os serviços, bem como quem os produz. Embora estejam em posições diferentes, os usuários e os prestadores contribuem e são responsáveis pela execução dos serviços, envolvidos por expectativas e necessidades que determinam como a qualidade dos serviços é percebida. Por isso, torna-se fundamental compreender a percepção que esses sujeitos possuem, no sentido de alinhar as suas expectativas com o objetivo comum de promover a melhoria continuada dos serviços e suas implicações.

A satisfação do paciente tornou-se fundamental na avaliação da qualidade de serviços de saúde, como estratégia para obter um conjunto de percepções relacionada à qualidade recebida, com o qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços. Os resultados obtidos permitem aos gestores e profissionais identificar com mais facilidade os aspectos que necessitam de adequação, com vistas a oferecer um cuidado com mais qualidade atendendo às necessidades dos pacientes.

Segundo Malik e Schiesari (2011), desde o final da década de 1980, a percepção da satisfação em relação à qualidade dos serviços hospitalares alcançou os usuários destes serviços, tornando-se interesse internacional. Dessa forma, as organizações hospitalares passaram a desejar uma certificação externa que reconhecesse os padrões de qualidade em seus serviços. A partir disso, houve uma expansão de organizações profissionais que se estabeleceram como avaliadoras externas de hospitais e serviços de saúde, com diferentes origens e utilizando diferentes modelos, oriundos da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO). No caso do Brasil, há alguns agentes voltados para esta avaliação, como por exemplo, a Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Portanto, avaliar um serviço pode ser uma tarefa complexa por conter elementos estruturais, organizacionais e envolver as expectativas dos gestores, prestadores de cuidados e dos usuários. Entretanto, a avaliação aprimora os programas na efetivação da assistência ofertada, na satisfação e segurança de todos os sujeitos envolvidos.

3.3 Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)

Desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, a OMS tem advogado em prol dos cuidados primários de saúde como uma peça fundamental para a melhoria da saúde e redução das iniquidades, ao destacar a promoção do bem-estar físico, mental e social como um direito. A partir desse enfoque, a declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de fortalecer nas pessoas a sua capacidade de autocuidado, e estimula que a assistência esteja voltada para a prevenção e o cuidado apoiado, enquanto o cuidado especializado seja utilizado somente em problemas mais complicados (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Essa quebra de paradigma que vem acontecendo em todo o sistema de saúde mundial, também é evidenciada na assistência materna e neonatal, preconizada por um grupo de autores que lançaram uma série de artigos na revista *Lancet* sobre obstetrícia, que teve como objetivo analisar de forma abrangente e sistemática a contribuição que a enfermeira obstetra pode oferecer à qualidade do atendimento de mulheres e crianças, como também o papel dessa profissional no campo da obstetrícia (SYMON *et al.*, 2016).

A síntese dessas análises foi a construção de uma estrutura que aborda a qualidade dos cuidados maternos e neonatais utilizando de multimétodos, incluindo os resultados das revisões sistemáticas que apontavam para as percepções e experiências das mulheres, bem como, as práticas eficazes que os profissionais de saúde adotavam na assistência obstétrica.

O modelo teórico em questão foi baseado em aspectos do cuidado que são importantes para a mulher. Conhecido como *Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)*, o framework aponta novos direcionamentos a nível mundial no planejamento, implementação e avaliação de serviços de saúde para gestantes, recém-nascidos e familiares. A análise da qualidade do cuidado proposta pelo referido modelo inicia com a avaliação do que as mulheres necessitam e desejam durante a gravidez, o parto e o puerpério (RENFREW *et al.*, 2014) e está em consonância com o documento proposto pela ANVISA (2014), por convergirem na individualização da assistência baseada nas necessidades e valores dos pacientes.

Nessa conjuntura, a qualidade não é tida como a última etapa de uma sequência cronológica de ações para ampliar a cobertura de práticas clínicas para reduzir a mortalidade e morbidade, mas deve ser um processo contínuo que permeia todos os níveis de cuidado

(FREEDMAN; MARGARET, 2014). Entretanto, em alguns cenários a qualidade dos cuidados obstétricos ainda se vincula a um modelo tradicional, arraigado no tecnicismo, que mantém na sua rotina a adoção de intervenções desnecessárias, destituindo a capacidade de autonomia das mulheres por meio de uma assistência unilateral.

O QMNC expande a noção de qualidade de atendimento a partir das dimensões técnicas do que é feito para incluir como, onde e por quem este cuidado é fornecido dentro de qualquer contexto. Demonstra o equilíbrio necessário entre o cuidado qualificado, humanizado e preventivo de todas as mulheres e crianças, independentemente da educação, renda, ou estado de saúde. Trata também a promoção do processo reprodutivo normal, psicológico, social e cultural; aborda a gestão de primeira linha de complicações e cuidados de emergência qualificados; consulta e encaminhamento para outros serviços, tudo dentro do contexto da atenção respeitosa que é adaptado às necessidades e que trabalha para fortalecer a capacidade das mulheres para cuidar de si e da família, que compreendam a organização dos serviços de saúde e que possam acessá-los de uma maneira oportuna, sendo respeitada suas necessidades individuais (RENFREW *et al.*, 2014).

Em muitos países, o cuidado obstétrico é ofertado por uma gama de profissionais de saúde, tais como: *midwives*, médicos obstetras, médicos de família, enfermeiras e parteiras auxiliares. Há indicações de que os melhores resultados maternos e neonatais são alcançados se o cuidado obstétrico for ofertado por *midwives*, que trabalhem em colaboração com uma equipe interdisciplinar promovendo cuidado integrado na comunidade como no hospital (RENFREW *et al.*, 2014). O Brasil apresenta problemas relacionados à formação e atuação das enfermeiras obstetras, desde a falta de autonomia e visibilidade até a dificuldade para assumir um perfil estritamente assistencial. Contudo, faz-se importante salientar que mesmo com essas dificuldades, as enfermeiras obstetras avançam com a humanização na transformação do modelo assistencial ao parto e nascimento (NARCHI, 2011).

Conforme ilustrado abaixo (Figura 1), o QMNC propõe cinco componentes na sua estrutura: Categorias práticas, Organização do cuidado, Valores, Filosofia e Prestadores de serviço.

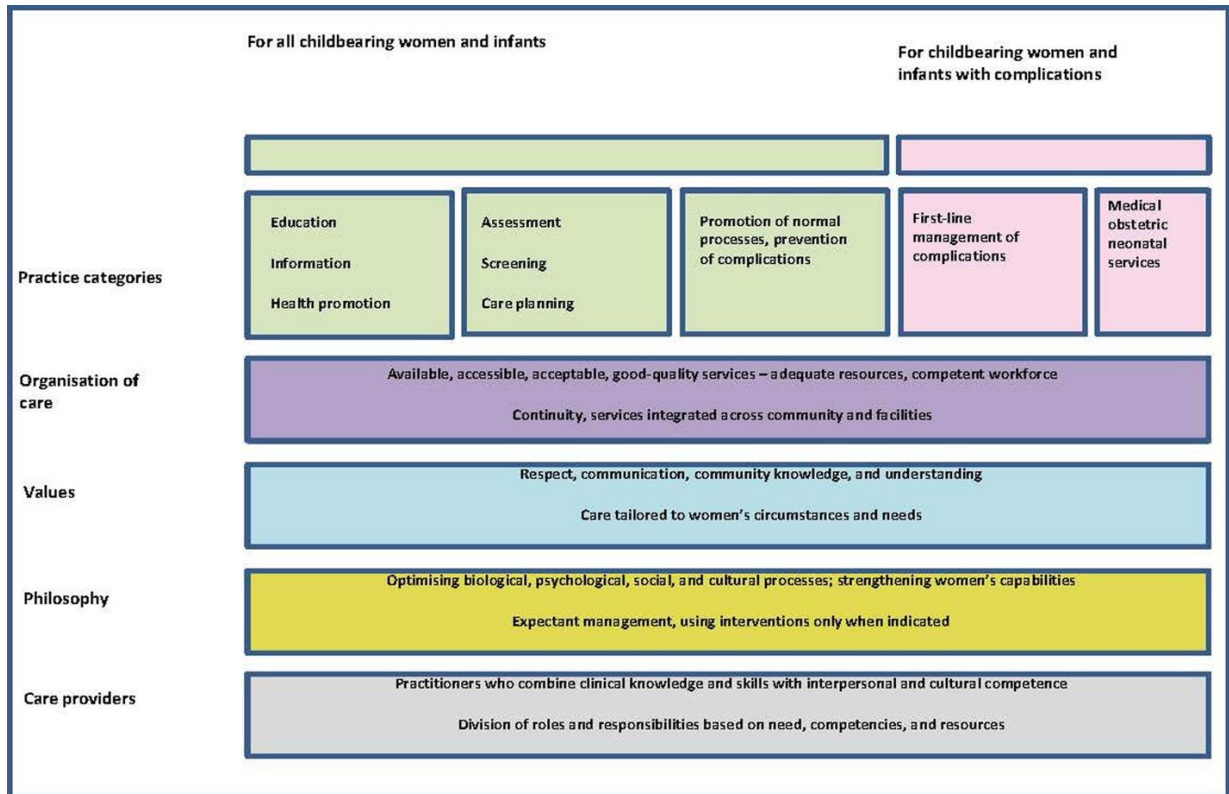


Figura 1 – Componentes do Framework Quality of Maternal and Neonatal Care (QMNC) (RENFREW *et al*, 2014).

Esses componentes são utilizados para propor um cuidado continuado desde o planejamento familiar, desenvolvido junto as comunidades, até os cuidados prestados à mãe e ao bebê nas maternidades, considerando as características específicas de quem recebe assistência.

O componente Categorias práticas compreende cinco subcategorias. As três primeiras são de apoio e prevenção e contemplam todas as mulheres e lactentes. As duas últimas são direcionadas as mulheres e crianças que apresentem complicações. Na organização do cuidado deve-se atentar para avaliação, acessibilidade, aceitabilidade, serviços de boa qualidade, recursos adequados, força de trabalho competente, continuidade, serviços integrados com a comunidade e unidade de saúde. Os valores devem seguir respeito, comunicação, conhecimento da comunidade, entendimento do cuidado adaptado para circunstâncias e necessidades das mulheres. A filosofia otimiza processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, fortalecimento da capacidade das mulheres e conduta esperada, usando intervenções somente quando indicadas. E o componente prestadores de serviço deve conter praticantes que combinem conhecimento clínico e habilidades com competências interpessoal e cultural,

divisão de papéis e responsabilidades baseadas na necessidade, competência e recursos (RENFREW *et al.*, 2014).

O modelo teórico tem sido usado para: 1) avaliar as evidências de que mulheres e crianças precisam nos serviços maternos e neonatais; 2) definir a gama de práticas incluídas dentro do âmbito dos cuidados de parteira; 3) identificar componentes de cuidados de qualidade que tem de ser reforçado em exemplos a nível nacional. O framework também pode ser utilizado para avaliar a qualidade do atendimento, para planejar o desenvolvimento da força de trabalho, alocação de recursos, ou um currículo de ensino, ou para identificar lacunas em evidências para as futuras pesquisas. Destina-se a ser relevante para qualquer configuração, e a todos os que precisarem, ou fornecerem, serviços de cuidados maternas e de recém-nascido. Inerente a este framework é a necessidade de trabalho em equipe interdisciplinar e colaboração (RENFREW *et al.*, 2014).

Tendo em vista a completude do QMNC, por seu rigoroso processo de construção, utilização de vasto referencial teórico e por contemplar diversos requisitos necessários para um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade, optou-se por utilizá-lo nesse estudo, com ênfase no componente Organização do Cuidado, a fim de avaliar a qualidade do cuidado prestado na perspectiva da avaliação da estrutura física e organizacional de maternidades do Ceará habilitadas pela estratégia Rede Cegonha.

4 ESTADO DA ARTE

Em consequência do empenho coletivos do governo, profissionais de saúde e sociedade, inúmeros avanços na atenção à saúde materna infantil foi conquistado, através da redução da mortalidade. Entretanto, a meta de redução pactuada em 75%, até 2015, como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não foi atingida. Vale destacar que a maior parte das mortes maternas e infantis são evitáveis e ocorrem dentro dos hospitais (LANSKY *et al.*, 2014).

Durante a última década, muitos esforços foram feitos para diminuir os resultados adversos para as mulheres grávidas e recém-nascidos através do atendimento qualificado ao parto (UNITED NATIONS SECRETARY-GENERAL, 2010). A proporção de parto com profissionais qualificados nos países em desenvolvimento aumentou de 56% em 1990 para 68% em 2012 (UNITED NATIONS, 2014).

Desse modo, com o aumento da utilização dos serviços de saúde obstétricos, uma maior proporção de morbimortalidade evitável materna e infantil são evidenciadas nos hospitais. Nesse contexto a má qualidade física e organizacional dos hospitais, bem como a qualidade dos serviços obstétricos, tornam-se obstáculos para o enfrentamento da mortalidade, que pode ser significativamente reduzida por meio do acesso adequado das mães à assistência de saúde integral e de qualidade.

A qualidade dos serviços de saúde pode refletir na qualidade da infraestrutura física, na disponibilidade de materiais, de gestão e recursos humanos com conhecimentos, habilidades e capacidade para lidar com a gravidez e o parto, processos culturais e sociais e complicações que exijam intervenções rápidas.

Assim, ainda que a boa estrutura não seja garantia de fornecer uma assistência em saúde de qualidade, ela pode ser considerada pré-requisito favorável à melhoria da qualidade do cuidado e das práticas profissionais, possibilitando que essas práticas sejam embasadas em evidências científicas assegurando maiores benefícios aos pacientes.

Mesmo com tantos desafios, os profissionais de saúde envolvidos nesse cuidar devem estar mais atentos a uma assistência de qualidade, por meio da medição e avaliação dos componentes de estrutura física e organizacional.

Diante do contexto em que há necessidade de prestar assistência de melhor qualidade às mulheres que estão no período gravídico puerperal, garantindo um sistema de saúde que possa atender de forma resolutiva a assistência durante o parto e nascimento, e com isso reduzindo a mortalidade infantil e materna, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, para identificar

evidências disponíveis sobre o impacto da estrutura física e organizacional na qualidade do cuidado obstétrico.

A Revisão Integrativa de literatura é estratégia que tem a finalidade de reunir e sintetizar evidências existentes para fundamentar as práticas de saúde, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema em questão (CROSSETTI, 2012).

Para o seu desenvolvimento seis etapas foram percorridas: (1) seleção da hipótese ou questão da revisão (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores); (2) selecionar a amostra através dos critérios para inclusão/exclusão de artigos; (3) categorização dos estudos; (4) analisar os estudos incluídos na revisão; (5) análise e discussão; (6) apresentação da revisão com a síntese do conhecimento (MENDES, 2008).

Na primeira etapa a seguinte questão norteadora foi elaborada: “Qual o impacto da estrutura física e organizacional das maternidades na qualidade do cuidado materno-infantil?”

A elaboração da pergunta teve base na estratégia PVO pela inclusão dos estudos observacionais (P- mulheres que se encontram no ciclo gravídico puerperal, profissionais de saúde do cuidado materno-infantil e gestores de maternidades; V –estrutura física e organizacional; O – qualidade do cuidado).

Foram utilizadas para o levantamento dos estudos as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Science Direct e as bibliotecas eletrônicas PubMed e SciELO, utilizando o Portal Capes.

Os descritores utilizados para busca das publicações foram os termos do Medical Subject Headings (Mesh): qualidade da assistência à saúde (*quality of health care*), maternidades (*hospitals, maternity*), avaliação de serviços de saúde (*health services evaluation*), estrutura dos serviços (*structure of services*) e indicadores de serviços (*indicators health services*). Os descritores foram combinados em cada base de dados utilizando-se o operador booleano AND, combinando os descritores da seguinte forma:

- 1) Qualidade da assistência à saúde (*quality of health care*) X maternidades (*hospitals, maternity*) X avaliação de serviços de saúde (*health services evaluation*);
- 2) Qualidade da assistência à saúde (*quality of health care*) X maternidades (*hospitals, maternity*) X estrutura dos serviços (*structure of services*);
- 3) Qualidade da assistência à saúde (*quality of health care*) X maternidades (*hospitals, maternity*) X indicadores de serviços (*indicators health services*).

A busca ocorreu no período de 04 a 06 de julho de 2016.

O quadro 1 mostra os estudos encontrados a partir dos cruzamentos citados e os achados das bases de dados.

Quadro 1 – Distribuição do número de artigos selecionados segundo os cruzamentos e as bases de dados e bibliotecas eletrônicas. Fortaleza, CE, 2016.

Cruzamentos	Medline/ PubMed	SciELO	Lilacs	Science Direct
qualidade da assistência à saúde (<i>quality of health care</i>) X maternidades (<i>hospitals, maternity</i>) X avaliação de serviços de saúde (<i>health services evaluation</i>)	5	2	1	0
qualidade da assistência à saúde (<i>quality of health care</i>) X maternidades (<i>hospitals, maternity</i>) X estrutura dos serviços (<i>structure of services</i>)	0	0	1	0
qualidade da assistência à saúde (<i>quality of health care</i>) X maternidades (<i>hospitals, maternity</i>) X indicadores de serviços (<i>indicators health services</i>)	1	0	1	0
Total de artigos	6	2	3	0

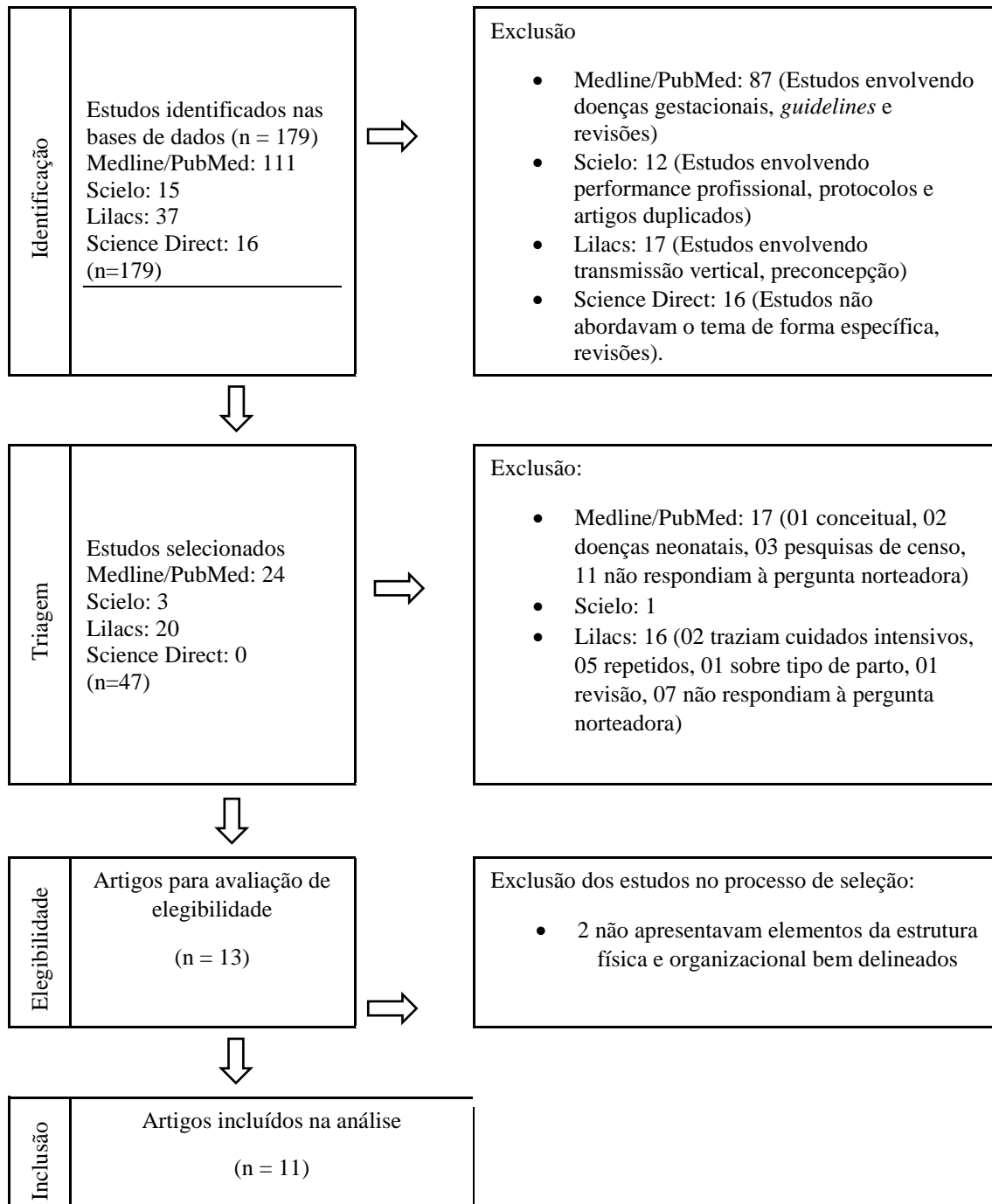
Na segunda etapa, como critérios de inclusão estabeleceram-se: artigos sobre a influência que a estrutura física e organizacional reflete na qualidade do cuidado materno infantil, população com amostra de mulheres no período gravídico puerperal, profissionais de saúde e gestores de hospitais, artigos nos idiomas português, espanhol ou inglês e disponíveis na íntegra de forma gratuita nos meios eletrônicos e indexados.

Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e monografias, revisões sistemáticas, artigos relacionados à pesquisa metodológica e estudos que fujam à temática da revisão proposta.

Após a associação dos descritores, foram encontrados 179 artigos. De acordo com os resultados da busca, procedeu-se a leitura dos títulos, descritores e resumos e foram selecionados os artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão (1ª Exclusão). Após essa etapa, realizou-se a leitura de 16 artigos na íntegra, dos quais 11 atendiam aos critérios de inclusão.

A busca foi pareada e a descrição da seleção dos artigos foi norteada pelo documento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*), conforme disposto na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos - Fortaleza, CE, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora

De posse dos onze artigos selecionados foi realizada a análise crítica e detalhada, fundamentada no arcabouço teórico do framework QMNC, identificando resultados importantes que pudessem auxiliar na compreensão da qualidade do cuidado obstétrico como resultado da estrutura física e organizacional das maternidades a partir da integração dos resultados dos artigos selecionados para a revisão.

Para a terceira etapa, procedeu-se a extração das informações, organização, sumarização e formação do banco de dados. Para sistematização da avaliação dos artigos selecionados, as informações foram extraídas utilizando-se uma tabela de categorização, adaptada do instrumento validado por Ursi (URSI, 2005).

Para determinação do grau de evidência utilizou-se o sistema de hierarquia em sete níveis: nível 1 – revisões sistemáticas, com ou sem metanálise de ensaios clínicos randomizados e *guidelines* baseados em revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados; nível 2 – pelo menos um ensaio clínico randomizado; nível 3 – ensaios clínicos sem randomização; nível 4 – estudos de caso controle e coorte; nível 5 – revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6 – um único estudo quantitativo ou qualitativo; e nível 7 – opinião de especialistas (GALVÃO, 2006).

A partir da categorização dos estudos, procedeu-se a quarta etapa com a avaliação das publicações, tendo como subsídio a questão norteadora, atentando-se para os critérios de inclusão e exclusão dos mesmos.

Na quinta etapa buscou-se estabelecer os pontos de convergência e divergência entre os artigos, assim como, situar a relação entre os achados e a questão norteadora; e finalizou-se (sexta etapa) com a síntese do conhecimento, que revelou duas categorias temáticas, sendo elas: Fatores relacionados à estrutura física e Fatores relacionados à estrutura organizacional.

O Quadro 2 demonstra a referência dos artigos, a base de dados em que foram encontrados, o delineamento e nível de evidência, a formação e o local de trabalho do autor principal e o idioma e o país em que a pesquisa foi desenvolvida.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na RI, segundo autores, ano de publicação, base de dados, tipo de delineamento e nível de evidência, formação e instituição do autor principal, país e idioma. Fortaleza, CE, 2016.

Estudo	Autor e referência	Base de dados	Delineamento e nível de evidência	Formação e instituição do autor principal	Amostra	País e idioma
01	Leal et al. Cad. Saúde Pública 2004; 20 Sup 1:S20-S33	Lilacs	Comparativo com abordagem quantitativa Nível 6	Médica/ Escola Nacional de Saúde Pública	Maternidades e puérperas	Brasil/ português
02	Figueiredo et al. J. res.: fundam. care 2015; 7(3):2697-2706	Lilacs	Descritivo Quantitativo Nível 6	Enfermeira/ Universidade	Puérperas	Brasil/ inglês
03	Nagahama et al. Cad. Saúde Pública 2008;	Lilacs	Descritivo e Exploratório Nível 6	Médica/ Universidade	Puérperas	Brasil/ português

Estudo	Autor e referência	Base de dados	Delineamento e nível de evidência	Formação e instituição do autor principal	Amostra	País e idioma
	24(8):1859-1868					
04	Bittencourt et al. Cad. Saúde Pública 2014; 30 Sup:S208-S219	Scielo	Estudo de coorte de base hospitalar Nível 4	Nutricionista/ Escola Nacional de Saúde Pública	Maternidades, puérperas e conceptos	Brasil/ português
05	Tamburlini et al. PLOS ONE 2013;8(10):e78282	Pubmed/ Medline	Estudo observacional Nível 4	Médico/ Universidade	Maternidades, puérperas e gestores	Ásia Central/ inglês
06	Piro et al. Nurs Midwifery Stud 2015;4(3):e29529	Pubmed/ Medline	Estudo descritivo exploratório qualitativo Nível 6	Enfermeira/ Escola de Enfermagem	Enfermeiras	Iraque/ inglês
07	Islam et al. BMC Health services Research 2015;15:237	Pubmed/ Medline	Estudo descritivo exploratório qualitativo/ quantitativo Nível 6	Médico/Escola de Saúde e Ciências Médicas	Profissionais de saúde, gestores e puérperas	Bangladesh/ inglês
08	Karkee et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2014;14(45)	Pubmed/ Medline	Estudo de coorte prospectivo Nível 4	Médico/Escola de Saúde Pública e Medicina Comunitária	Puérperas	Nepal/ inglês
09	Wilunda et al. Reproductive Health 2015;12(30)	Pubmed/ Medline	Transversal Nível 4	Médico/ Universidade	Gestores e puérperas	Uganda/ inglês
10	Brito e Alves et al. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014;14(3):229-239	Scielo	Estudo avaliativo Nível 6	Médica/ Universidade	Maternidades da rede SUS	Brasil/ português
11	Magluta et al. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009;9(3):319-329	Scielo	Estudo de coorte transversal Nível 4	Médica/ Hospital de ensino (Instituto Fernandes Figueira)	Maternidades, gestores, profissionais de saúde,	Brasil/ português

Acerca da caracterização dos estudos encontrados, os artigos foram realizados predominantemente nas maternidades brasileiras, apresentando diversidade no delineamento metodológico e um grande número de participantes da pesquisa.

Com base no quadro acima, foi possível observar que o Brasil concentrou uma maior produção científica acerca do tema proposto, com 6 (54,5%) estudos. No que concerne às características metodológicas, quanto ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, 6 (54,5%) artigos possuem nível de evidência VI, apontando delineamentos de estudos

descritivos, avaliativos e comparativos; e 5 (45,4%) artigos revelam nível de evidência IV com pesquisas de caso-controle e coorte. Pesquisas mostram desenhos com baixo nível de evidência, mas que responde às questões da subjetividade e percepção dos sujeitos envolvidos, acerca da qualidade do cuidado.

De acordo com a formação do autor principal dos artigos selecionados 8 (72,7%) são médicos, apenas 2 (18,1%) enfermeiras e uma nutricionista (9,09%). Todos os autores estão ligados a instituições de ensino (escolas de saúde, hospitais e universidades). Em relação ao país onde o estudo foi desenvolvido, seis artigos (54,5%) são oriundos do Brasil e os cinco artigos (45,5%) restantes foram desenvolvidos nos seguintes países Ásia Central, Iraque, Bangladesh, Nepal e Uganda. Em relação à amostra percebe-se uma variedade de sujeitos envolvidos no processo da qualidade de cuidado nos serviços e na prestação da assistência a mulher e ao recém-nascido. A avaliação sob o prisma desses diferentes olhares denota a preocupação e comprometimento em buscar melhores resultados para a saúde materna-infantil através de menores taxas de mortalidade.

O quadro 3 apresenta a síntese de cada produção acerca dos indicadores relacionados à estrutura física e organizacional e os resultados decorrentes do cuidado recebido.

Quadro 3 – Indicadores relacionados à estrutura física e organizacional e os resultados decorrentes do cuidado recebido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

Indicadores da estrutura física e organizacional	Resultados relacionados à Qualidade do cuidado
Acesso da mulher ao atendimento no momento do parto e o grau de satisfação (1)	Grande mobilidade das gestantes à procura de vagas; falta de acolhimento institucional; acesso diferenciado, por grupo social, à tecnologia médica; satisfatório atendimento recebido pelas mães e por seus RN.
Grau de satisfação de puérperas quanto à Qualidade da Assistência (QA) no Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade pública (2)	Satisfação quanto ao acolhimento, equipe multiprofissional, orientações, horários de visitas. Insatisfação para os indicadores: estrutura física, privacidade, conforto e ventilação.
Informação no trabalho de parto e parto; uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor; presença do acompanhante; contato precoce pele a pele entre mãe e filho (3)	Informações pouco frequentes repassadas com atitude autoritária e verticalizada; adoção de métodos não farmacológicos, por vezes aplicados pelo acompanhante ou doula; resistência inicial da equipe de saúde para aceitar o acompanhante; contato pele a pele com a mãe com tempo inferior a 30 minutos.
Localização geográfica, volume de partos, existência de UTI, atividade de ensino,	A maior parte dos hospitais se concentram nas capitais; com volume de parto médio; com

Indicadores da estrutura física e organizacional	Resultados relacionados à Qualidade do cuidado
qualificação de recursos humanos, disponibilidade de equipamentos e medicamentos (4)	predominância de UTI em hospitais privados, em especial no Sul e Sudeste; atividades de ensino são mais presentes nos hospitais públicos e mistos; déficit na qualificação dos profissionais; carência de equipamentos e medicamentos nos hospitais do Norte e Nordeste.
Visitas a enfermarias, exame e pacientes internados e registros médicos de condições críticas; e entrevistas com gerentes e as mães (5)	A partir da implementação do plano de ação, observou-se melhoria na área do cuidado ao parto normal, sala de parto, controle de infecção, complicações obstétricas e neonatais, redução de episiotomia.
Perspectivas de enfermeiras obstetras acerca da segurança em maternidades (6)	Trabalho estressante, falta de programação e descrição do trabalho, prestação de cuidados com recursos limitados, irresponsabilidade profissional, fatores políticos sócio regionais e formação inadequada.
Percepção dos profissionais de saúde e a satisfação do paciente acerca da qualidade do cuidado materno infantil (7)	Profissionais identificaram: falta de pessoal e logística, falta de apoio laboratorial, de protocolos de gestão de pacientes, falta de informação e supervisão insuficiente, assistência precária pelo grande volume de partos. Os pacientes mostraram-se satisfeitos com serviços hospitalares, limpeza das instalações, medicamentos; insatisfeitos com a falta de informações acerca do seu estado de saúde.
Percepção das mulheres nos serviços de qualidade materna (8)	Centros de nascimento: baixa adequação do equipamento médico e equipe de saúde; Hospital público: baixos escores na adequação da sala, água, ambiente limpo, privacidade e adequação da informação; Hospital privado: índices elevados nos aspectos interpessoais; no hospital público a percepção dos aspectos interpessoais foi melhorada após o parto.
Serviço de saúde materno e neonatal (9)	Lacunas na disponibilidade de infraestrutura, equipamentos, suprimentos, medicamentos e profissionais, além da baixa qualidade de atendimento.
Planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão (insumo/ambiente físico; qualidade técnica e gerencial do cuidado; acolhimento e orientação e continuidade da atenção (10)	Componentes melhor pontuados foram planta física, recursos materiais e material de consumo. Educação em saúde e ferramentas de gestão tiveram a pior pontuação.

Indicadores da estrutura física e organizacional	Resultados relacionados à Qualidade do cuidado
Instalação, equipamentos, equipe de serviço, capacitação de profissionais e disponibilidade de diretrizes clínicas (11)	Comprometimento na estrutura em termos de instalação física, disponibilidade de equipamentos, instrumentais cirúrgicos, materiais e presença de profissionais

O Quadro 4 apresenta os principais indicadores de estrutura física e organizacional que interferem na qualidade do cuidado materno e infantil. Para realizar a síntese do conhecimento desta RI, foram formuladas duas categorias: Categoria 1 - Fatores relacionados à estrutura física e Categoria 2 - Fatores relacionados à estrutura organizacional. Destaca-se que para alocar os indicadores nas categorias acima, utilizou-se como parâmetro os conceitos e elementos que definem a estrutura física e organizacional.

Sendo assim, a adequada estrutura física nas unidades de saúde vai ao encontro do que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, no que diz respeito ao conceito de ambiência, no qual compreende que o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais devem estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008). Enquanto que a estrutura organizacional é um conjunto institucionalizado de relacionamentos que organizam o trabalho entre membros de uma organização (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

Quadro 4 – Síntese do conhecimento de acordo com os indicadores de estrutura física e organizacional. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

Estrutura	Física	Localização geográfica da maternidade ^{4,8} Acolhimento e Informação ^{1,2,8} Instalações físicas ^{2,4,6,7,8,9,10,11} (quartos adequados, água ⁸ , Privacidade ² , Ventilação ² , Conforto ² , Alojamento conjunto ² , Limpeza/higiene ⁸ , Comida ² , Existência de UTI ⁴ , Superlotação de pacientes ⁷) Volume de partos ⁴ Disponibilidade de medicamentos e equipamentos (luvas) 4,6,7,8,10
	Organizacional	Presença de acompanhante ^{1,3} Diretrizes profissionais (normas e protocolos) ^{2,6,7,10} Horário de visitas ² Atividade de ensino ^{4,10} Recursos humanos ^{4,5,6,7,8,9,10,11}

Categoria 1 - Fatores relacionados à estrutura física das maternidades

Por uma questão didática, para melhor compreensão, propomos uma subdivisão da estrutura em física e organizacional.

Na presente revisão verificou-se que a localização geográfica das maternidades revelou como um indicador da estrutura física, que pode resultar em um mau desfecho materno e neonatal, em decorrência de grande parte delas estarem localizadas nas capitais brasileiras, apontando uma carência na cobertura da assistência para as mulheres residentes no interior do país (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Entretanto, destaca-se que por opção, algumas parturientes deslocam-se para centros maiores na busca de encontrar melhor qualidade técnica, que ser atendida em centros de parto próximos ao lugar onde vive, mas que não garante assistência segura e de qualidade (TAMBURLINI *et al.*, 2013).

A maternidade se caracteriza como o principal acesso para os serviços de cuidado perinatal, entretanto, iniquidades no acesso podem ser reveladas em algumas situações, tais como: o retorno de mulheres para casa sem ao menos terem sido examinadas por algum profissional de saúde; ou por terem ido à unidade “no dia errado”; ou quando há atraso na chegada da ambulância, e por vezes a gestante entra na fase expulsiva do parto enquanto espera o transporte ou está à caminho da maternidade (SILAL *et al.*, 2012).

Tais barreiras de acesso podem constranger as mulheres grávidas pelas tentativas sem sucesso diante da dificuldade do atendimento em tempo oportuno, desrespeitando o seu direito a um atendimento de qualidade, além de colocar em risco a vida da mãe e do seu filho. De acordo com resultados desta revisão, o acesso a hospitais com disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi mais frequente nas instituições privadas do Sul e Sudeste (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

Neste contexto, a mortalidade materna e perinatal pode ser reduzida significativamente por meio do acesso oportuno das mães e recém-nascidos à assistência médica integral e de qualidade. A acessibilidade ainda pode ser influenciada pelo acolhimento, tido nesta revisão como outro indicador de estrutura. De acordo com a portaria da rede Cegonha o acolhimento é definido como processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem-estar e inclusão (BRASIL, 2011b).

Okada *et al.* (2015) apontaram que a falta de acolhimento à mulher e ao seu filho foi destacada nas gestantes que sofriam violência doméstica, indicando a gravidade desse problema. Mulheres que sofrem violência costumam não procurar os serviços de saúde, para

não se exporem e por não sofrerem discriminação por parte dos profissionais de saúde. Diante deste fato, é muito importante o acolhimento prestado pelos profissionais de saúde para aproximar as mulheres grávidas que estiverem em risco ou que já sofrem violência doméstica, no intuito de reduzir morbidades relacionadas à gravidez, ao estresse emocional, cujo somatório importa para assegurar um desfecho perinatal mais positivo (OKADA *et al.*, 2015).

O acolhimento esteve relacionado ao deficiente repasse de informações adequadas dos profissionais de saúde para as mulheres nepalesas, atendidas no hospital público, sugerindo a transposição de barreiras na qualidade da assistência (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014).

Em um outro artigo desta revisão, o acolhimento esteve associado a um espaço físico, promotor do cuidado como o ato vivo na sua forma de ação, focando não apenas em aspectos psicológicos, mas também em todo o contexto físico e social dos usuários, seguidos por recomendações que incluam não somente tecnologias médicas que promova conforto e privacidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

Segundo Donabedian (2003) uma unidade de saúde com boas instalações físicas não é suficiente para assegurar o cuidado adequado e de qualidade, entretanto, a presença de deficiências pode não apenas comprometer a qualidade percebida entre as usuárias, resultando na subutilização do serviço, como também repercutir diretamente na ocorrência dos óbitos maternos e perinatais (WILUDA *et al.*, 2015; BRITO E ALVES *et al.*, 2014).

Devido a instalações físicas impróprias, a falta de privacidade foi considerada um importante aspecto como causa de desconforto e insegurança para os usuários dos serviços de saúde, em especial nos hospitais universitários devido ao grande número de acadêmicos. Ela também pode ser comprometida em enfermarias pequenas, contribuindo para um lugar desorganizado onde o cuidado é prestado. Além disso, os banheiros, quando não adequados para a privacidade, podem ser resultado da falta de organização e má gestão (FIGUEIREDO *et al.*, 2015; PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015).

A superlotação de pacientes dividindo o mesmo leito foi uma situação revelada nos hospitais de Bangladesh, apresentando grandes chances de desenvolverem infecções e comprometendo a qualidade do cuidado (ISLAM *et al.*, 2015).

Em um outro estudo desenvolvido em uma maternidade pública no Nordeste brasileiro, a ventilação no Alojamento Conjunto (AC) não apresentava boas condições no ambiente, especialmente na temperatura, umidade e na qualidade do ar. Em maternidades no Rio de Janeiro, pertencentes ao Sistema de Único de Saúde, a climatização com ar condicionado nas enfermarias e a presença de pia foi encontrado na metade nas maternidades investigadas (MAGLUTA *et al.*, 2009).

Questões sobre a alimentação oferecida às puérperas foi importante para promover a qualidade da nutrição e atender às suas Necessidade Humanas Básicas (NHB) (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

Em países de baixa e média renda como o Nepal e o Iraque, a falta de luvas, batas e botas específicas são situações existentes que colocam em risco a segurança do paciente. Ainda no Nepal, os hospitais públicos foram classificados com pontuações muito inferiores quando comparados aos centros de partos e hospitais privados acerca de instalações essenciais, como ambiente limpo, quartos e água adequados (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014; PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015).

No que concerne à disponibilidade de equipamentos e medicamentos, o estudo Nacer Brasil, pesquisa nacional sobre parto e nascimento, aponta que para as emergências maternas e do recém-nascido, a disponibilidade é maior nos estabelecimentos privados, havendo maior carência nas regiões Norte e Nordeste. Ainda foi mencionado que as maiores carências de banco de sangue ou agência transfusional, laboratório de análises, ambulância para a mulher e medicamentos essenciais são encontradas nos hospitais do Norte e Nordeste (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Situação semelhante foi revelada nos hospitais de Bangladesh e Uganda, comprometendo a qualidade do diagnóstico e tratamento das pacientes (ISLAM *et al.*, 2015; WILANDA *et al.*, 2015).

Porém, um estudo realizado em três capitais brasileiras sobre a estrutura de maternidades que prestam atenção a mulheres em situação de abortamento, constatou que as maternidades elencadas nas cidades de Salvador e do Recife alcançaram o nível suficiente no componente material de consumo, enquanto, a cidade de São Luís apresentou nível intermediário. No componente recursos materiais, as maternidades de Recife foram melhor avaliadas (BRITO E ALVES *et al.*, 2014). Realidade semelhante foi observada no Rio de Janeiro que encontrou mesas de parto, mesas e focos cirúrgicos em todas as maternidades avaliadas (MAGLUTA *et al.*, 2009).

O volume de parto por maternidade foi outro aspecto abordado nos artigos acerca da instalação física. No Brasil há predominância de hospitais com volume médio de parto (entre 1.000 e 2.999 partos ao ano), entretanto, a Região Centro-Oeste preponderam hospitais com baixos volumes de parto, seja nos hospitais mistos como privados (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Estudo realizado na Alemanha, concluiu que a probabilidade de morte neonatal precoce para os nascidos com peso normal é menor em centros especializados com grande volume de parto do que nas maternidades pequenas (HELLER *et al.*, 2002).

No estudo que tratou da atenção às mulheres em situação de abortamento, a realização de atividades de ensino e de educação em saúde estiveram diretamente relacionadas ao espaço físico e ao uso de material educativo, tendo este último apresentado quantidade inexpressiva, resultando em uma subutilização de uma tecnologia de baixa densidade, porém de alto impacto no acompanhamento e identificação de potenciais complicações a esta situação (BRITO E ALVES *et al.*, 2014).

Em uma visão mais abrangente, um outro estudo apontou que as atividades de ensino são realizadas majoritariamente em hospitais públicos, prevalecendo nos hospitais estudados no Centro-Oeste (BITTENCOURT *et al.*, 2014). A educação em saúde é entendida como prática social, e quando realizada de forma permanente possibilita impacto positivo na qualidade da assistência pois contribui para a formação e desenvolvimento de uma consciência crítica das parturientes, frente a experiência vivenciada (FREIRE, 2011).

Categoria 2 - Fatores relacionados à estrutura organizacional das maternidades

Os hospitais devem estar preparados, na sua forma organizacional, para atender com excelência os seus usuários, tornando acessível medidas que proporcionem bem-estar, mesmo que para isso novos arranjos devam ser feitos na instituição e na forma de trabalhar dos profissionais de saúde.

A permanência do acompanhante com a gestante no trabalho de parto e parto é um grande desafio a ser conquistado nos hospitais brasileiros. Diante dessa resistência, vários motivos são apontados, tais como: a lei do acompanhante não vigora, a internação é pelo SUS, não é permitido acompanhante do sexo masculino, pois as mulheres da enfermagem ficam sem roupa, a ausência do acompanhante devido a um menor suporte social da gestante e, por fim, o fato das gestantes não saberem o motivo pelos quais não puderam ficar com acompanhante, desconhecendo este direito (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

A Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005a) assegura às parturientes serem acompanhadas por alguém de sua escolha. Entretanto, alguns profissionais e a estrutura organizacional de algumas maternidades impõe restrições ao parto acompanhado, o que pode ser considerado como um tipo de violência institucional.

Os profissionais de saúde ainda não se sentem preparados para essa desconstrução de que o acompanhante não atrapalha a dinâmica da instituição, e assim, demonstram receios e crenças negativas sobre a presença do acompanhante (BRÜGGEMANN *et al.*, 2013). Os

gestores também exercem um papel decisivo para a implantação da assistência humanizada na prática dos serviços de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Estudos apontam para os benefícios físicos e emocionais quando a parturiente está acompanhada, principalmente quando o acompanhante é o pai da criança, pois o vínculo começa a ser fortalecido nesse momento de apoio (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013; ALIO *et al.*, 2013; BRÜGGEMANN *et al.*, 2013). Esforços devem continuar sendo feitos na busca de assegurar os princípios da humanização, as boas práticas e a segurança no parto e nascimento.

Os números corroboram com essa realidade quando revelam que nos hospitais municipais e federais apenas 40,4% das gestantes ficaram acompanhadas de familiares e amigos, enquanto nos hospitais privados, esse percentual subiu para 67,7% (LEAL *et al.*, 2004). O suporte familiar e social gerado pela presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto culmina em melhores resultados de saúde, favorecendo à mulher confiança, segurança e a sua própria valorização (TOMELERI *et al.*, 2007).

O horário de visita é um dispositivo importante para a garantia de práticas voltadas à humanização. No entanto, para que esse momento seja respeitado a equipe de saúde e os gestores devem facilitar a incorporação de mudanças na estrutura organizacional da maternidade, no intuito de ser mais flexível e com maior duração possível. O direito de receber visita e de contar com um acompanhante são componentes essenciais para a concretização da clínica ampliada, com vistas a produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade (BRASIL, 2007).

A realização de protocolos ajuda a direcionar a prática profissional, através da definição de fluxos de atendimentos e procedimentos de saúde. Porém a sua existência não é suficiente para garantir que as suas recomendações sejam postas em prática. No estudo realizado em quatorze hospitais públicos em Bangladesh, a utilização dos protocolos não é seguida de forma padronizada, justificando que alguns hospitais não os utilizam devido à escassez de profissionais de saúde e a falta de supervisão. Eles reconhecem que a qualidade do cuidado poderia ser melhor se utilizassem protocolos para outros eventos de saúde (ISLAM *et al.*, 2015).

Realidade mais crítica foi encontrada em maternidades no Iraque, em que enfermeiras mencionaram a necessidade de orientações para realizarem suas práticas de enfermagem e obstetrícia, enfatizando que a assistência prestada não tinha cunho científico, por vezes ameaçando a segurança da paciente, por meio de erros cometidos frente a uma prática não reflexiva (PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015).

Dentre os indicadores de estrutura organizacional, os recursos humanos, foi o que agrupou uma maior quantidade de artigos. Destacam-se aspectos como, número de profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de planejamento de ações, treinamento e qualificação dos profissionais.

Nos estudos realizados no Iraque e em Bangladesh, a escassez de recursos humanos refletiu na qualidade do cuidado e diminuiu a segurança do paciente. São inúmeras as responsabilidades de enfermeiras e parteiras que desejam desempenhar um trabalho com qualidade, mas não conseguem diante do reduzido número de profissionais e a falta de sensibilidade das autoridades em fazer novas contratações (ISLAM *et al.*, 2015; PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015).

A falta de planejamento da assistência e a sobrecarga de trabalho expõe os profissionais de saúde a maiores níveis de estresse ocupacional e ameaça a segurança do paciente. Um estudo apontou que se uma parcela do pessoal de enfermagem não estiver satisfeita com o seu trabalho, a qualidade da assistência ao paciente pode ser afetada (ISLAM *et al.*, 2015).

Alguns estudos da revisão evidenciaram a falta de treinamento entre os profissionais, visto que o nível de conhecimento e habilidade eram insuficientes. Essa questão preocupa os profissionais de saúde que desejam trabalhar com segurança e qualidade ao prover o cuidado para a mãe e o bebê, e sugerem que a realização de treinamentos ajuda a manter um padrão de qualidade nos serviços de saúde (ISLAM *et al.*, 2015; KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014; PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015).

Em outro estudo, poucas capacitações foram oferecidas pelo serviço aos obstetras, pediatras e enfermeiros. Esses profissionais buscaram por conta própria a participação em congressos, sendo muito baixo o financiamento oferecido pelo hospital (MAGLUTA *et al.*, 2009).

Com relação a qualificação dos profissionais, um estudo apontou que há uma menor proporção de coordenadores médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia, em especial enfermeiros com especialização, sendo observado no Norte e Nordeste brasileiro a situação mais dramática (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Em contrapartida, no Rio de Janeiro as maternidades vinculadas ao SUS, apontaram que a maioria dos obstetras, pediatras e enfermeiros eram especialistas na sua área de atuação, considerada então como qualificação adequada. Porém, ressalta-se que os enfermeiros tinham qualificação adequada em metade das maternidades e alguns profissionais médicos com outra formação atuavam no cuidado da mulher e do recém-nascido (MAGLUTA *et al.*, 2009).

Conclui-se que os indicadores evidenciados nos artigos, apontaram maternidades com condições desiguais para o atendimento à mulher, resultando em uma qualidade do cuidado comprometida em diversos aspectos relacionados as dificuldades de organização institucional e de estrutura física, resultando em lacunas que garantam a segurança da mãe e do recém-nascido.

Esses aspectos precisam ser fortalecidos em todas as maternidades. A falta de equipamentos, medicamentos, protocolos que direcione a assistência, treinamento para os profissionais e uma infraestrutura inadequada compromete seriamente a qualidade do cuidado. Portanto, é fundamental que profissionais de saúde, gestores e usuárias das maternidades reflitam sobre aspectos que possam impactar positivamente nos resultados perinatais.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de avaliação normativa e transversal. Segundo Contandriopoulos *et al.* (2011) pesquisa de avaliação normativa ou administrativa compreende o julgamento da aplicação de normas e critérios pré-estabelecidos, considerados padrão sobre uma dada intervenção, ao comparar com os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultados).

O estudo transversal é definido como uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de indivíduos ou unidade de observação em uma única oportunidade. Com isso, a inferência nos estudos transversais é de população definida em local e em tempo (KLEIN; BLOCH, 2009).

O estudo também possui uma abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas através de instrumentos formais, reunidas e analisadas de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

A etapa de avaliação que foi abordada nesta pesquisa refere-se à estrutura física e organizacional, e seus resultados referentes à assistência ao parto nas maternidades pesquisadas.

5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em três maternidades habilitadas pela Rede Cegonha no estado do Ceará. A partir de 2012, essas maternidades passaram pela fase de implantação, e atualmente contam com o repasse de recursos para desenvolvimento das ações propostas pela Rede Cegonha, principalmente no que converge à redução da mortalidade materna e neonatal e qualificação da atenção ao parto e nascimento.

O estado do Ceará possui 184 municípios os quais são agrupados em cinco macrorregiões de saúde, sendo elas: macrorregião de Fortaleza, macrorregião de Sobral, macrorregião do Cariri, macrorregião do Sertão Central e macrorregião do Leste/Jaguaribe. Em todo o Estado a Rede Cegonha se faz presente, entretanto, com diferentes estágios no processo de habilitação.

Isto posto, optou-se por selecionar as maternidades com o seguinte perfil:

- Habilitadas na Rede Cegonha Cearense, desde a sua implantação – motivo que permitiria avaliar as modificações no perfil assistencial nas unidades em relação às mudanças propostas com a RC e as práticas de cuidados obstétricos e neonatais; e, habilitadas para cuidados – leitos de gestantes de alto risco (GAR).

- Ser unidade hospitalar configurada como referência na atenção obstétrica para a região de saúde (Hospital-Pólo na clínica obstétrica), em conformidade com as 17 RC nas 22 RAS no Ceará.

Assim, as unidades que atendem aos critérios de seleção, executados em agosto de 2016, estão localizadas nos municípios de Barbalha, Fortaleza, Sobral, sob diferentes modelos de gestão de unidade e gestão da Rede Cegonha, conformando os seguintes hospitais a serem *locus* da pesquisa.

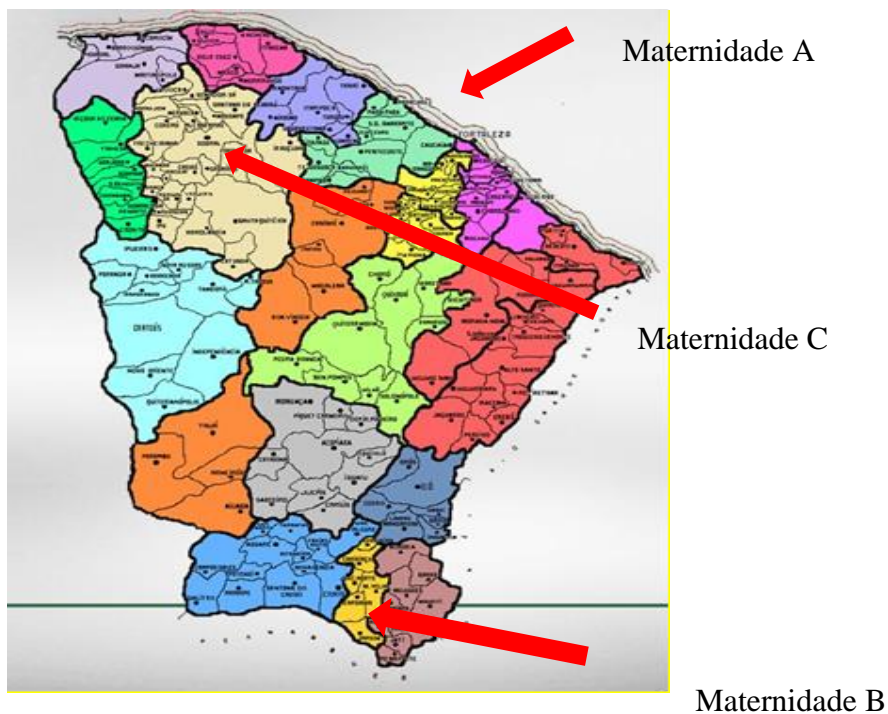


Figura 3 – Mapa do Estado do Ceará

5.2.1 Maternidade A

A Maternidade A é uma instituição de referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade, além de promover o ensino e a pesquisa, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

Em 2011 aderiu a proposta do governo e implantou, gradativamente, as diretrizes sugeridas pelo Ministério da Saúde, sendo indicada desde 2013, como Centro de Apoio da Rede Cegonha, por atender a critérios como: ter 100% de financiamento público, atender pacientes de risco habitual e alto risco, comprometimento dos gestores locais e das equipes com o processo de mudança no modelo de gestão e atenção ao parto e nascimento, oferecer ambiência adequada, acolhimento e privacidade às mulheres e seus acompanhantes, ter enfermeiros obstetras realizando parto normal, realizar mais de 1000 partos/ano, ter implantado o

Acolhimento e Classificação de Risco e realizar assistência humanizada às mulheres vítimas de violência e abortamento (MEAC, 2017).

Todas as unidades da instituição desenvolvem ações ligadas à proposta da Rede Cegonha, que atualmente são acompanhadas através de indicadores de qualidade. Os indicadores são discutidos nos colegiados gestores das unidades e monitorizados pelo apoio institucional das ações ligadas à Rede Cegonha, os quais alcançaram excelentes patamares de avaliação, obtendo em 2016 o título “Centro de Apoio às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” (MEAC, 2017).

Em 2016, a média de partos foi de 273 partos/mês. Destes 85,42% corresponderam a partos abdominais. A taxa média de ocupação da unidade de alojamento conjunto (clínica obstétrica no 1º andar) é de 85,8%, e a média de permanência dos binômios mãe-filho é de quatro dias (MEAC, 2017).

5.2.2 Maternidade B

A Maternidade B é referência obstétrica e pediátrica para o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento, possuindo Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Banco de Leite Humano (BLH). Abrange toda a região do Cariri e outros estados nordestinos: Piauí, Pernambuco, Alagoas e Paraíba.

Essa maternidade tem promovido diferentes ações em prol do parto seguro e humanizado, entretanto, corroborando com a realidade nacional brasileira, em 2014 o índice de parto cesariana foi de 68% do total de mais de três mil partos. Destes, 1.125 partos foram realizados em mulheres residentes na cidade de Barbalha, dos quais 728 foram partos cesáreas e 397 normais. Essa assistência ao parto também se estende para municípios vizinhos, a exemplo de Juazeiro do Norte, onde 742 mulheres tiveram seus filhos em Barbalha. Em 2015, foram realizados 726 partos cesarianas, representando 63% dos partos (OLIVEIRA, 2015).

5.2.3 Maternidade C

A Maternidade C é classificada como um hospital filantrópico e conveniado ao Sistema Único de Saúde de Sobral. É um hospital de ensino e de referências secundária e terciária de 61 municípios da Macrorregião de Sobral, com atendimento de urgência. Ainda, faz parte do sistema macrorregional de saúde para referência de gestante de alto risco e procedimentos de alta complexidade. Realiza uma assistência baseada na humanização do parto e nascimento e nos princípios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1991) e da Rede Cegonha (2012) (MESQUITA *et al.*, 2010).

A capacidade instalada para o atendimento obstétrico da maternidade, há muito tempo, extrapola aos 100% de ocupação dos leitos, sendo necessária a remoção das parturientes para leitos instalados em outros setores do Hospital. Segundo os dados registrados em 2015, a referida maternidade realizou 4171 partos, 357 internamentos em UTI Neonatal, 639 internamentos em UCINCo e 1707 internamentos de gestantes de alto risco (NASAL, 2015).

5.3 População e amostra

A avaliação se deu na perspectiva de duas populações envolvidas na assistência perinatal, sendo elas: as puérperas e os gestores dos hospitais/maternidades.

Quanto ao primeiro grupo populacional, foram incluídas mulheres no período puerperal que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter parto normal com o mínimo de 12 horas de puerpério fisiológico, com filho vivo e internada no alojamento conjunto. Segundo Figueiredo *et al.* (2015), é conveniente recolher dados de mulheres com um mínimo de 12 horas de pós-parto, considerando ser um tempo suficiente para recuperação física e emocional da paciente.

Para o cálculo da amostra realizou-se o levantamento do número de partos ocorridos no ano de 2016, por meio dos dados contidos nos livros de registro de nascidos dos hospitais selecionados.

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com população finita, descrita abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

N = tamanho da população

Z = valor da variável z para o nível de confiabilidade adotado (quando IC = 95%, z = 1,96)

P = proporção de ocorrência da variável em estudo na população

Q = proporção de não ocorrência da variável em estudo na população. Q = (1-P)

e = precisão da amostra ou erro máximo permitido

Assim, a amostra foi composta por 347 puérperas, distribuídas da seguinte forma: 181 puérperas na Maternidade A, 60 na Maternidade B e 106 na Maternidade C. Tomou-se por referência os 4.843 partos vaginais ocorridos em 2016 nas três maternidades investigadas.

A estratificação por maternidades foi de representação proporcional, considerando a população de cada maternidade, com intervalo de confiança de 95%, sendo que 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão (σ), erro máximo permitido (e) de 0,05 e uma prevalência (p) de 50%.

Quanto aos gestores, foram convidados a participar da pesquisa os coordenadores do Centro de Parto Natural, Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto e UTIn com os seus desdobramentos (UCINCo e UCINCa), o que resultou no total de 12 gestores: quatro obstetras (sendo dois deles, chefes da maternidade), sete enfermeiras, uma médica neonatologista (com função de coordenação e assistência).

A amostragem foi do tipo não probabilística e os participantes foram selecionados intencionalmente pelo cargo de gestão que ocupavam.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados de março a outubro de 2017, pela própria pesquisadora e por acadêmicos integrantes do grupo de pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que foram devidamente treinados e orientados por ela, para a aplicação do instrumento.

Para minimizar possíveis vieses durante a coleta de dados, os acadêmicos foram previamente treinados acerca de cada instrumento utilizado na entrevista, perfazendo uma carga horária de quatro horas. No intuito de organizar melhor a distribuição dos colaboradores, foi construída uma escala, considerando as suas disponibilidades e os prazos requeridos da pesquisa.

Foram utilizadas duas técnicas de coletas de dados: a entrevista e a observação sistemática. Entende-se por observação sistemática, àquela que se realiza em condições controladas para se responder a questões previamente definidas. Requer planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimento (RAMPAZZO, 2005).

5.4.1 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de formulários estruturados voltados para as puérperas e os gestores; e um *checklist* com indicadores avaliativos da estrutura física e organizacional das maternidades.

Os instrumentos foram validados utilizando-se a técnica Delphi, que permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado tema. O grupo é composto por juízes, ou seja, profissionais especialistas na área do estudo que será desenvolvido. Para tanto, esses

especialistas respondem, preservando o anonimato, a um questionário estruturado, por meio de rodadas. Na primeira rodada as opiniões dos juízes são analisadas, revisadas e agrupadas em um novo questionário. A segunda rodada consiste na análise dos juízes sobre os resultados da primeira etapa, e no envio de novas respostas e justificativas, com a oportunidade de mudar a sua opinião, tendo em vista as respostas do grupo. Os resultados são resumidos e avaliados quanto ao grau de consenso. Um grau aceitável de consenso deve ser determinado pelos pesquisadores, previamente à coleta de dados, e pode variar entre 50 a 80%. Quando isso ocorre, o processo pode cessar com resultados finais retroalimentados pelos participantes. Caso não ocorra, outras rodadas serão realizadas (CASSAR FLORES; MARSHALL; CORDINA, 2014; HASSON; KEENEY; McKENNA, 2000).

Para a validação dos instrumentos utilizados nesse estudo, houveram dois encontros com a participação de sete juízes, especialistas na área da saúde da mulher, mas com atuação em diferentes áreas: docência, gestão e assistência. Cada questão era lida e discutida entre os juízes, e após as possíveis mudanças o item era considerado validado por consenso de todos.

Dois formulários foram aplicados às puérperas. O primeiro formulário (APÊNDICE A) abordou informações sobre características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, dados acerca da admissão na maternidades e caracterização do recém-nascido. O segundo formulário (APÊNDICE B) abrangeu a satisfação das puérperas acerca dos aspectos da estrutura física, dos recursos humanos e de equipamentos e materiais. Para a estrutura física foi investigado o tempo de espera na admissão, a presença de acompanhante; o conforto físico, a satisfação com a limpeza do hospital; para os recursos humanos investigou-se a atenção fornecida pelos profissionais de saúde, a oportunidade de fazer perguntas e a percepção das puérperas quanto à qualidade do cuidado a ela prestado pelos profissionais de saúde; e por fim, os recursos de equipamentos e materiais incluíram a satisfação quanto aos equipamentos da maternidade, medicamentos, fornecimento de itens de toilet/hotelaria. Informações sobre as consultas durante a gestação foram recolhidas do cartão de pré-natal. Esses formulários foram construídos tendo como referência instrumentos utilizados em outros estudos, tendo sido realizadas pequenas alterações para adaptação aos objetivos dessa pesquisa, e posterior validação (MATOS, 2015; CALOU, 2015).

Quanto à observação sistemática, utilizou-se um roteiro tipo *checklist* (APÊNDICE C) que abordou itens dos recursos humanos, físicos, materiais, medicamentos e equipamentos, bem como dados organizacionais e registro de dados dos seguintes setores: centro de parto normal, alojamento conjunto, UTIn, UCINCo, UCINCa e CGBP. A seleção desses setores se deu em

consonância com o componente II - Parto e Nascimento da Rede Cegonha. O tempo médio de observação para cada setor foi de quatro horas.

Destaca-se que a observação sistemática foi realizada com autorização do profissional responsável pelo setor da maternidade onde os dados foram colhidos. Com esta técnica de coleta de dados o pesquisador sabe o que procura e usa propósitos preestabelecidos, porém flexíveis, para o levantamento de dados do fenômeno que observa (MARCONI, LAKATOS, 2010).

Os itens que compuseram o *checklist* foram definidos com base nas portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam os programas de governo e as políticas públicas acerca da assistência ao parto e nascimento na atenção terciária. As portarias que direcionaram a construção do *checklist* foram: Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015b), Portaria nº 2068 de 21 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016), Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a), Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, RDC 36/2008 (ANVISA, 2008).

Os indicadores de estrutura física e organizacional utilizados nos instrumentos foram: **para os recursos humanos:** a presença de médicos e enfermeiras em todos os plantões, disponibilidade de profissionais de saúde habilitados na área obstétrica, distribuição dos profissionais acerca de funções administrativas; **para os recursos físicos:** a possibilidade de acompanhante no pré-parto, a existência de sala de registro e recepção, computador com internet, existência de quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), a adequação das salas de cesárea e parto normal, alojamento conjunto e berçário para receber os pais, banheiro disponível para pacientes e visitantes, existência de ala separada para trabalho de parto, presença de pia para lavagem das mãos, sala de espera e sala disponível para atividades educativas, número de berços, existência de lavabo antes da entrada do berçário, local para acompanhante, existência de posto de enfermagem, área para prescrição médica, de ambientes de apoio; **para os recursos materiais, medicamentos e equipamentos:** a presença de ar comprimido, oxigênio, foco, mesa de parto, carrinho de urgência e de anestesia, estetoscópio, esfignomanômetro, estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler, berço aquecido, disponibilidade de sabão, toalha e água corrente, mesas e cadeiras, mesa de exame ginecológico, bola de Bobat e cavalinho, arco de suporte, banheira ou piscina de trabalho de parto, balança para recém-nascido, escada de dois degraus, balança antropométrica, fita métrica flexível e inelástica, gel, papel toalha, material e equipamento de reanimação, ventilador pulmonar mecânico, equipamento para infusão contínua, fototerapia, incubadora, poltronas removíveis; **para as condições organizacionais:** existência de livro de ordens e ocorrências, censo diário, normas, protocolos, atividades sistemáticas de orientações às mães, atendimentos de emergência; **para registro de dados:**

formulários para a organização do prontuário do paciente acerca da identificação e anamnese, evolução e prescrição médica e de enfermagem, sinais vitais, partograma, AIH, resumo de alta.

Para a equipe gestora do cuidado e os diretores das unidades e do hospital foi aplicado um formulário (APÊNDICE D) com questões acerca da gestão do cuidado, o uso de diretrizes e protocolos, e informações sobre questões organizacionais.

O formulário utilizado derivou de um estudo que avaliou a ferramenta Protocolo Nº 22 Ação Rede Cegonha (P22ARC), que teve por objetivo realizar ação de auditoria no componente II – Parto e Nascimento da Rede Cegonha. Este formulário é o Roteiro para as Atividades de Controle na Rede Cegonha, denominado Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/maternidade. Entretanto, vale ressaltar que algumas alterações foram realizadas no instrumento, seguindo a orientação do próprio autor, no sentido de aperfeiçoar a avaliação e obter resultados mais fidedignos e transparentes (MATOS, 2015).

Para a coleta de dados, as puérperas e os gestores foram abordados e receberam orientação sobre a pesquisa. A pesquisadora fez a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), e após o aceite, os participantes o assinaram.

As entrevistas com as puérperas foram conduzidas durante o internamento no alojamento conjunto. O tempo estimado para a aplicação dos instrumentos foi em média de quarenta e cinco minutos. Quanto aos gestores, a pesquisadora elaborou uma escala de acordo com a disponibilidade de horários de cada participante para a aplicação do formulário em ambiente reservado somente com a presença da pesquisadora e do entrevistado.

5.4.2 Aspectos éticos e legais

Com o intuito de garantir os direitos dos participantes, a pesquisa foi norteada na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). À princípio, foi solicitada autorização aos comitês de pesquisa das Maternidades B e C para a realização deste estudo (APÊNDICES F e G); em seguida, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da MEAC/UFC, sendo aprovado com o parecer número 1.939.946 (ANEXO A).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e mediante acordo, receberam o TCLE (APÊNDICE E), os quais realizaram a leitura, tendo a oportunidade de esclarecer as dúvidas e somente após leitura e anuência, assinaram o termo. Ressaltou-se que o entrevistado estaria assegurado quanto ao anonimato na divulgação das informações e que poderia não participar mais da pesquisa a qualquer momento em que o mesmo referisse.

5.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram apresentados por meio de figuras e tabelas, e posteriormente analisados à luz do modelo teórico *Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)* (RENFREW *et al.*, 2014) e da literatura pertinente sobre o assunto.

Os dados sóciodemográficos e obstétricos, bem como os dados referentes aos indicadores de estruturas organizacionais foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

Depois da compilação dos dados, procedeu-se à análise descritiva, a partir da verificação da frequência absoluta e relativa, médias, desvio padrão e amplitude.

Para verificar a adequabilidade dos recursos humanos, físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos, bem como o nível de satisfação das puérperas, o critério adotado nesse estudo teve como referência a classificação utilizada por Bittencourt *et al* (2014), que considera o domínio adequado quando possui 70% ou mais dos itens. Sendo assim, a pontuação de adequação para cada dimensão foi calculada utilizando a porcentagem de respostas positivas em relação ao número total de questões pertencentes a cada domínio. Esse mesmo método foi usado para cada grupo de domínios.

Em seguida, realizou-se associações entre algumas variáveis. Os testes aplicados para associação das variáveis foram o Qui-Quadrado de Pearson e Verossimilhança. A Razão de Chances foi empregada para avaliar a satisfação das puérperas segundo os recursos humanos, físicos e de materiais de cada maternidade, com intervalo de confiança de 95%. Destaca-se que a Maternidade A foi tomada como referência para avaliação da razão de chance do *Odds Ratio*, por ser considerada pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Apoio ao desenvolvimento das boas práticas de atenção obstétrica e neonatal no Brasil (EBSERH, 2016).

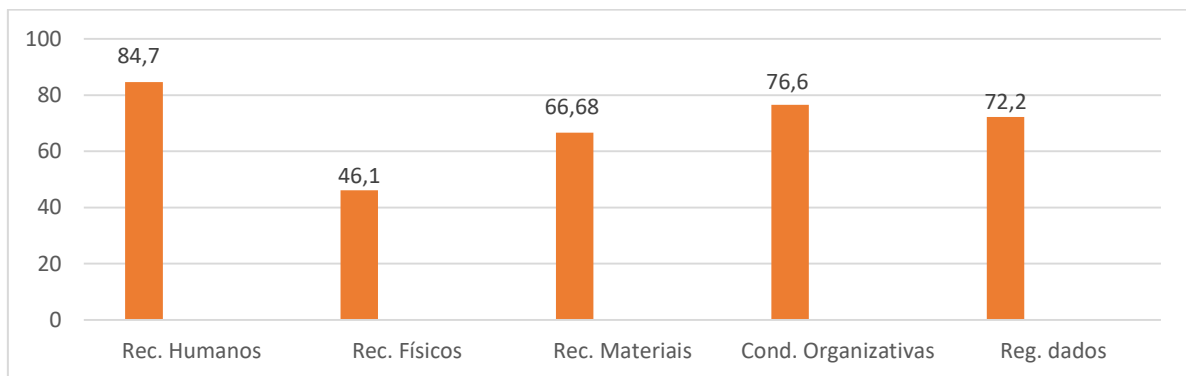
A análise foi baseada na leitura das estatísticas descritivas, de associação pela análise do valor de p encontrado, com seus respectivos comentários. Tais associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p (probabilidade) foi menor ou igual a um nível de 5% ($\alpha = 0,05$) nos testes realizados (FIELD, 2009).

6 RESULTADOS

6.1 Adequabilidade da estrutura física e organizacional das maternidades

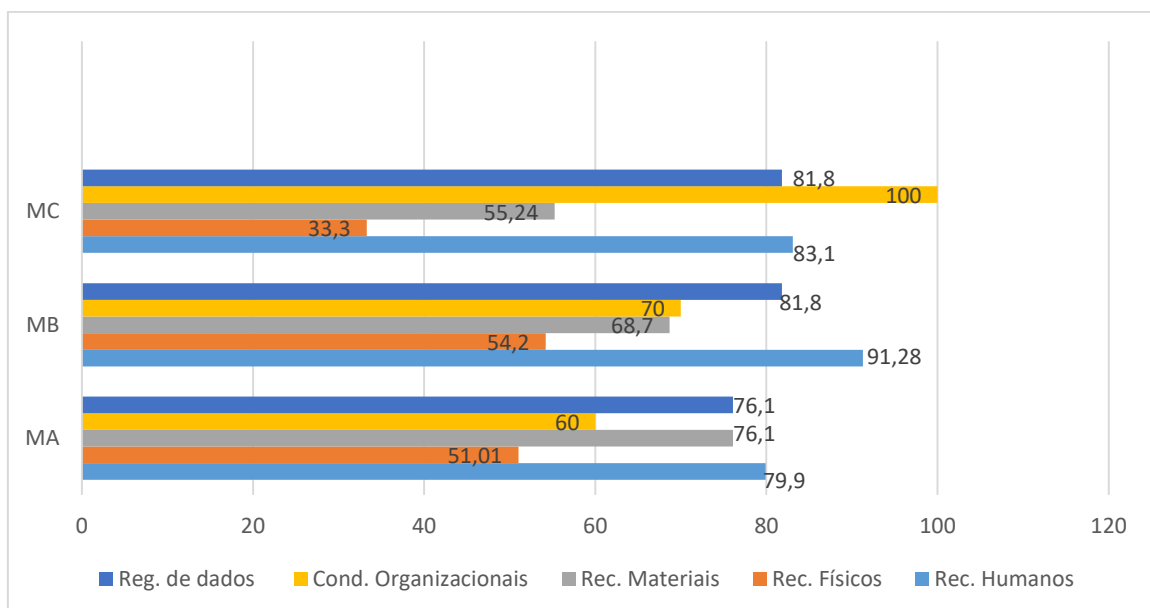
A avaliação dos aspectos estruturais e organizacionais referentes aos recursos humanos, físicos e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos, condições organizativas e registro de dados está apresentada no Figura 4.

Figura 4 – Adequabilidade geral dos domínios estruturais e organizacionais das maternidades em estudo. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.



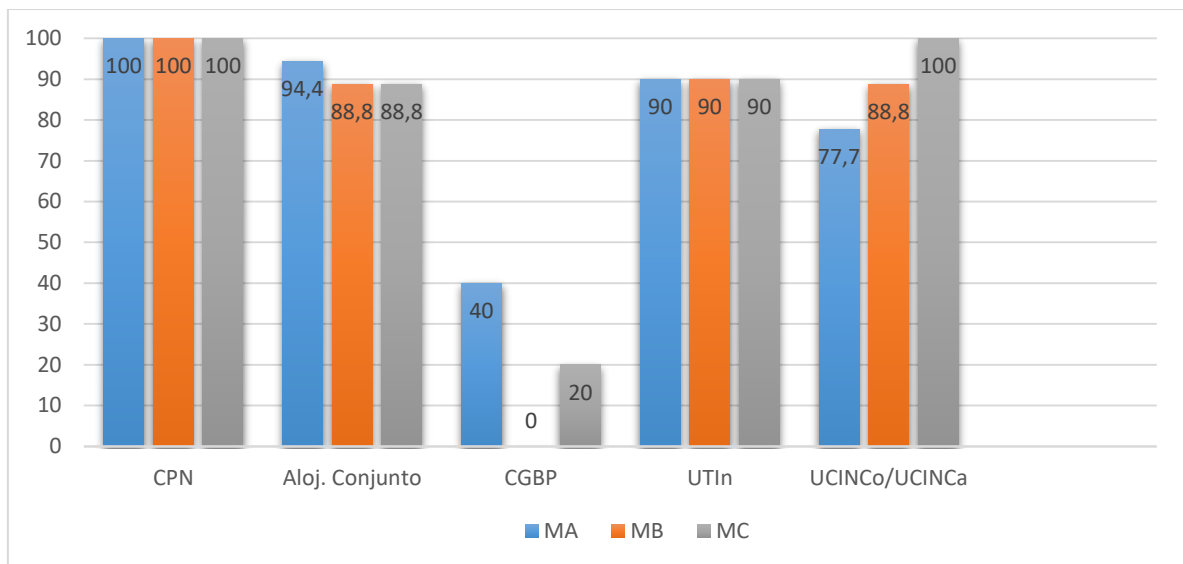
A Figura 4 ilustra como estão classificados os recursos avaliados. Os domínios relacionados aos recursos físicos (46,1%) e materiais (66,68%) foram classificados como inadequados. Os recursos humanos (84,7%) obtiveram maior escore de adequação.

Figura 5 – Adequabilidade dos indicadores estruturais e organizacionais por maternidade. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.



De acordo com o escore adotado nesse estudo, frequências muito baixas foram observadas para o domínio dos recursos físicos em todas as maternidades pesquisadas, sendo classificadas como inadequadas. A Maternidade A foi considerada adequada para os seguintes domínios: recursos humanos (79,9%), recursos materiais (76,1%) e registro de dados (76,1%). As Maternidades B e C encontraram-se inadequadas para os recursos materiais e equipamentos com frequências de 68,7% e 55,24%, respectivamente. Ainda nessas maternidades os recursos humanos, condições organizacionais e registro de dados foram avaliados como adequados.

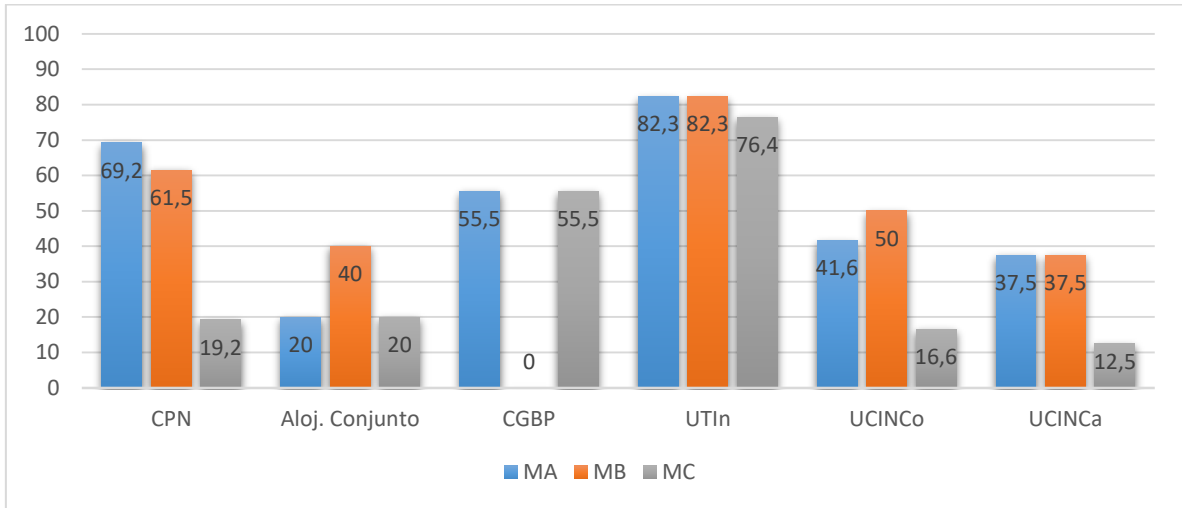
Figura 6 – Adequabilidade dos recursos humanos por setor das maternidades. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.



A avaliação acerca dos recursos humanos incluiu a existência de profissionais para a assistência e coordenação, de acordo com documentos que orientam esta área, considerando os locais onde a assistência à mulher e a criança é realizada.

De acordo com a Figura 6, observa-se adequação do domínio Recursos Humanos na maioria dos locais avaliados, exceto na CGBP, ressaltando que a Maternidade B não possui esse local de apoio para o desempenho das atividades dos profissionais de saúde. Apesar da adequação apresentada na UCINCo/UCINCa, a Maternidade A apresentou menor frequência frente as outras maternidades.

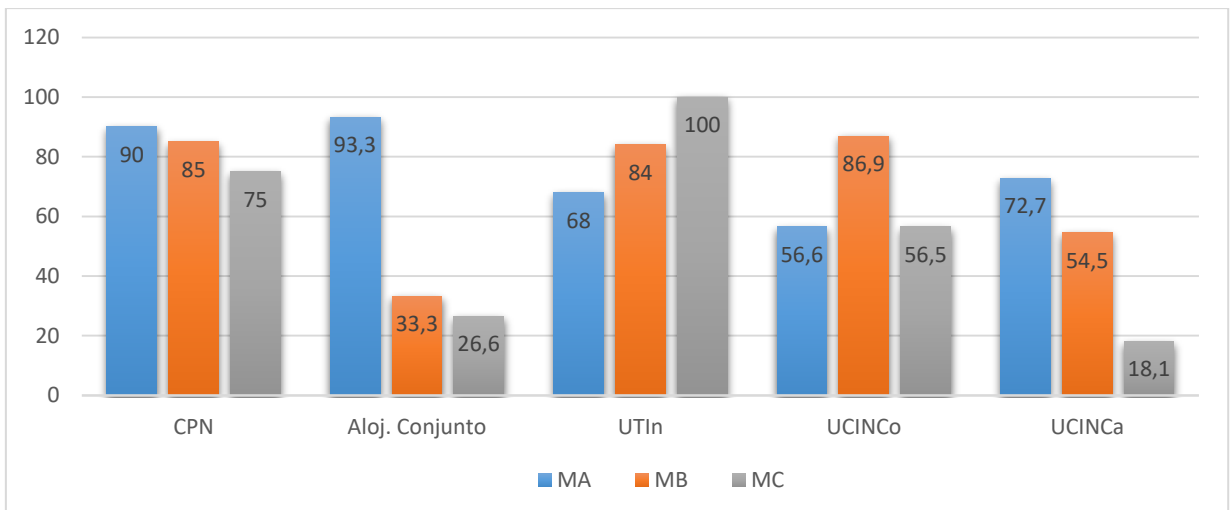
Figura 7 – Adequabilidade dos Recursos Físicos por setor das maternidades. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.



Considerando que a estrutura física pode influenciar na promoção qualidade ao cuidado prestado, taxas inadequadas foram evidenciadas na maioria dos setores avaliados das três maternidades, exceto na UTIn que se mostrou adequada, como apresentado na Figura 7.

A Maternidade A mesmo apresentando escores abaixo de 70%, ainda revelou melhor cenário na pontuação dos escores, quando comparadas com as Maternidades B e C. A propósito, na Maternidade C foi observado os menores escores, podendo afirmar que os recursos físicos estão inadequados.

Figura 8 – Adequabilidade dos Recursos Materiais, Equipamentos e Medicamentos por setor das maternidades. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.



De acordo com a adequabilidade dos recursos materiais, equipamentos e medicamentos apresentados na Figura 8, o CPN foi o setor que estava adequado em todas as maternidades. O alojamento conjunto alcançou escores de inadequação nas Maternidades B (33,3%) e C (26,6%). A UTIn (68%) e a UCINCo (56,6%) encontraram-se inadequadas na Maternidade A, realidade diferente encontrada na Maternidade B, onde a UTIn e a UCINCo, tinham respectivamente, 84% e 86,9% de adequação. A Maternidade C encontrou-se inadequada na UCINCo (56,5%) e UCINCa (18,1%).

6.2 Adequabilidade da estrutura física e organizacional segundo os gestores

A qualificação dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil da qualificação dos gestores. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.

	MA	MB	MC	Total
	n = 4 (%)	n = 4 (%)	n = 4 (%)	N = 12 (%)
Qualificação dos gestores				
Categoria do profissional				
Obstetra	1 (25)	1 (25)	1 (25)	3 (25)
Pediatra/Neonatologista	0	1 (25)	1 (25)	2 (16,6)
Enfermagem obstétrica	3 (75)	2 (50)	2 (50)	7 (58,3)
Capacitação no último ano				
Obstetra	0	0	1 (25)	1 (8,3)
Pediatra/Neonatologista	0	0	1 (25)	1 (8,3)
Enfermagem obstétrica	2 (50)	2 (50)	1 (25)	5 (41,6)
Experiência em gestão				
Obstetra	0	0	0	0
Pediatra/Neonatologista	0	1 (25)	0	1 (8,3)
Enfermagem obstétrica	3 (75)	1 (25)	2 (50)	6 (50)

Em relação aos profissionais das maternidades investigadas, identificou-se que 58,3% (7) dos profissionais que desempenhavam a função de gestores eram enfermeiros, com maior evidência na Maternidade A. Ademais, essa categoria destacou-se como maioria, em todos os outros itens avaliados acerca da qualificação. Os enfermeiros foram os profissionais que mais se capacitaram no último ano (41,6%) e apresentaram experiência em gestão (50%).

6.3 Perfil sociodemográfico, gineco-obstétrico e admissional das puérperas e dos recém-nascidos

A princípio serão apresentados na tabela abaixo, os dados acerca das características sociodemográficas e obstétricas das puérperas, bem como dados do recém-nascido (RN), ao

considerar a fundamental importância em conhecer o perfil das participantes na compreensão da realidade em que vivem e como estão inseridas no contexto da pesquisa.

Tabela 2 – Características sociodemográficas das puérperas. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.

	MA(n=181) n(%)	MB (n=60) n(%)	MC (n=106) n(%)	Geral N(347) N(%)
Dados Sociodemográficos				
Idade (anos)				
Até 35 anos	154 (85,1)	54 (90,0)	100 (94,3)	308 (88,8)
Acima de 35 anos	27 (14,9)	6 (10,0)	6 (5,7)	39 (11,2)
Vive com companheiro				
Sim	141 (78,3)	49 (81,7)	84 (80,8)	274 (79,7)
Não	39 (21,7)	11 (18,3)	20 (19,2)	70 (20,3)
Escolaridade				
Analfabeta	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
Ens. Fund. Incompleto	44 (24,3)	13 (21,7)	5 (4,7)	62 (17,9)
Ens. Fund. Completo	30 (16,6)	10 (16,7)	39 (36,8)	79 (22,8)
Ens. Médio Incompleto	38 (21)	7 (11,7)	3 (2,8)	48 (13,8)
Ens. Médio Completo	56 (30,9)	25 (41,7)	54 (50,9)	135 (38,9)
Curso Superior Incompleto	6 (3,3)	1 (1,7)	4 (3,8)	11 (3,2)
Curso Superior Completo	6 (3,3)	4 (6,7)	1 (0,9)	11 (3,2)
Cor				
Amarela	5 (2,8)	4 (6,7)	3 (2,8)	12 (3,5)
Branca	31 (17,2)	5 (8,3)	4 (3,8)	40 (11,6)
Parda	124 (68,9)	47 (78,3)	89 (84)	260 (75,1)
Preta	20 (11,1)	4 (6,7)	10 (9,4)	34 (9,8)
Trabalho remunerado				
Sim	46 (26,7)	12 (20,3)	27 (25,5)	85 (25,2)
Não	126 (73,3)	47 (79,7)	79 (74,5)	252 (74,8)
Renda familiar (SM)*				
Menos que um salário	33 (18,9)	29 (48,3)	34 (32,1)	96 (28,2)
De 1 a 2 salários	113 (64,6)	28 (46,7)	71 (67)	212 (62,2)
>2 até 4 salários	26 (14,9)	3 (5)	1 (0,9)	30 (8,8)
>4 salários	3 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,8)
Benefício do governo				
Sim	74 (40,9)	20 (33,3)	56 (52,8)	150 (43,2)
Não	107 (59,1)	40 (66,7)	50 (47,2)	197 (56,8)
Com quem mora				
Sozinha	2 (1,1)	1 (1,7)	2 (1,9)	5 (1,4)
Com companheiro	41 (22,7)	0 (0,0)	29 (27,4)	70 (20,2)
Com demais familiares	62 (34,3)	11 (18,3)	28 (26,4)	101 (29,1)
Com companheiro e filhos	68 (37,6)	48 (80)	40 (37,7)	156 (45)
Outros	8 (4,4)	0 (0,0)	7 (6,6)	15 (4,3)
Tipo de moradia				
Própria	96 (53)	40 (66,7)	57 (53,8)	193 (55,6)
Alugada	73 (40,3)	14 (23,3)	37 (34,9)	123 (35,4)
Cedida	11 (6,1)	6 (10)	12 (11,3)	29 (8,4)

	MA(n=181) n(%)	MB (n=60) n(%)	MC (n=106) n(%)	Geral N(347) N(%)
Reside próximo à maternidade				
Sim	74 (41,1)	31 (51,7)	25 (23,6)	130 (37,6)
Não	106 (58,9)	29 (48,3)	81 (76,4)	216 (62,4)
Religião				
Católica	84 (46,7)	43 (71,7)	84 (79,2)	211 (61)
Evangélica	71 (39,4)	9 (15)	15 (14,2)	95 (27,5)
Não possui	22 (12,2)	7 (11,7)	7 (6,6)	36 (10,4)
Outras	3 (1,7)	1 (1,7)	-	4 (1,2)
Uso de drogas				
Fumo	6 (3,3)	2 (3,3)	0 (0,0)	8 (2,3)
Álcool	26 (14,4)	0 (0,0)	2 (1,9)	28 (8,1)
Ilícitas	5 (2,8)	0 (0,0)	1 (0,9)	6 (1,7)
Não utiliza	143 (79,4)	58 (96,7)	103 (97,2)	304 (87,9)

SM* - valor do salário mínimo vigente em 2017: R\$ 937,00

Com relação às características sociodemográficas, identificou-se que 88,8% (308) estavam com menos de 35 anos; 79,7% (274) possuíam companheiro estável; 38,9% (135) concluíram o Ensino Médio, dessas 6,4% (22) ingressaram no Ensino Superior; 75,1% (260) se auto referiram na cor parda.

Quanto à ocupação, 74,8% (252) não possuíam trabalho remunerado; 26,1% (88) afirmaram possuir um trabalho remunerado; 8,3% (28) estavam desempregadas e 43,2% (150) recebiam algum benefício do governo federal como incremento para a renda familiar. Já em relação a renda familiar, observou-se que 28,2% (96) não tinham acesso ao salário mínimo; 62,2% (212) recebiam de 1 a 2 salários mínimos, com destaque para as puérperas da Maternidade C que apresentaram em todos os estratos, a menor renda.

Quanto ao tipo de moradia, 55,6% (193) moravam em casa própria; 45% (156) relataram morar com o companheiro e filhos; 62,4% (216) moravam distantes das maternidades que foram atendidas, especialmente as puérperas internadas na Maternidade C, com maior prevalência 76,4% (81), quando comparada às demais.

Quanto à religiosidade, 88,5% (306) relataram ter alguma crença religiosa, sendo a religião católica 61% (211), a mais prevalente dentre as puérperas dessa pesquisa; 8,1% (28) ingeriram álcool durante a gestação, sendo que desses, 14,4% (26) foram puérperas atendidas na Maternidade A.

Tabela 3 - Características obstétricas e assistência pré-natal das maternidades do estudo. Fortaleza - CE, Mar/Out, 2017.

Características gineco-obstétricas	Maternidades						Total	
	MA		MB		MC		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Paridade								
Primípara	75	(41,4)	29	(48,3)	48	(45,3)	152	(43,8)
Secundípara	50	(27,6)	20	(33,3)	30	(28,3)	100	(28,8)
Múltipara	56	(30,9)	11	(18,3)	28	(26,4)	95	(27,4)
Aborto								
Sim	34	(18,8)	9	(15)	15	(14,1)	58	(16,7)
Não	147	(81,2)	51	(85)	91	(85,8)	289	(83,3)
Início do Pré-natal								
1º trimestre	94	(51,9)	43	(71,7)	59	(65,6)	196	(59,2)
2º trimestre	62	(34,3)	11	(18,3)	30	(33,3)	103	(31,1)
3º trimestre	25	(13,8)	6	(10)	1	(1,1)	32	(9,7)
Omissos	-		-		16	(4,6)	16	(4,6)
Número de consultas								
< 5	55	(30,4)	12	(20,0)	11	(10,4)	78	(22,5)
6 ou mais	123	(68,0)	47	(78,3)	86	(81,1)	256	(73,8)
Omisso	3	(1,7)	1	(1,7)	9	(8,5)	13	(3,7)
Teste para HIV								
Sim	156	(89,7)	52	(88,1)	91	(91,9)	299	(90,1)
Não	18	(10,3)	7	(11,9)	8	(8,1)	33	(9,9)
Teste para Sífilis								
Sim	149	(86,1)	49	(83,1)	90	(90,9)	288	(87)
Não	24	(13,9)	10	(16,9)	9	(9,1)	43	(13)
Profissional que assistiu ao PN								
Enfermeiro	17	(9,4)	8	(13,6)	7	(7,3)	32	(9,8)
Médico	30	(17,6)	3	(5,1)	1	(1)	34	(10,5)
Enfermeiro e médico	123	(72,4)	48	(81,4)	88	(91,7)	259	(79,7)
Intercorrência								
Sim	34	(19)	14	(23,7)	19	(17,9)	67	(19,5)
Não	145	(81)	45	(76,3)	87	(82,1)	277	(80,5)
Outras								

No que se refere às características obstétricas, 43,8% (152) eram primíparas. Das secundíparas/múltiparas e 16,7% (58) referiram aborto.

Segundo o início do pré-natal, 64% (212) encontravam-se no primeiro trimestre da gravidez; 73,8% (256) realizaram 6 ou mais consultas durante a gestação, com média de 7,35 consultas.

Quanto aos exames laboratoriais, 90,1% (299) realizaram o teste para o HIV e 87% (288) o teste para sífilis; 75,5% (262) das puérperas foram consideradas de risco habitual; e 79,7% (259) tiveram o seu pré-natal assistido por enfermeiros e médicos.

Tabela 4 – Características das puérperas e recém-nascidos na admissão. Fortaleza – Ceará, Mar/Out, 2017.

	MATERNIDADES			Total	
	MA n %	MB n %	MC n %	N	%
Idade gestacional					
Pré-termo extremo	3 (1,7)	3 (5,2)	3 (2,9)	9	(2,6)
Muito prematuro	5 (2,8)	1 (1,7)	4 (3,9)	10	(2,9)
Prematuro tardio	25 (13,8)	11 (19)	15 (14,7)	51	(15)
A termo	140 (77,3)	40 (69)	80 (78,4)	260	(76,2)
Pós-termo	8 (4,4)	3 (5,2)	0 (0,0)	11	(3,2)
Dilatação cervical					
Fase Latente (1 a 4 cm)	33 (18,2)	12 (20)	40 (37,7)	85	(24,5)
Fase Ativa (5 a 7 cm)	65 (35,9)	13 (21,7)	28 (26,4)	106	(30,5)
Fase de Transição (8 a 10 cm)	59 (32,6)	25 (41,7)	26 (24,5)	110	(31,7)
Sem dilatação	17 (9,4)	8 (13,3)	2 (1,9)	27	(7,8)
Omisso	7 (3,9)	2 (3,3)	10 (9,4)	19	(5,5)
Membrana íntegra					
Sim	129 (72,9)	41 (70,7)	65 (64,4)	235	(69,9)
Não	47 (26,6)	17 (29,3)	36 (35,6)	100	(29,8)
Peso do RN					
<1000	1 (0,6)	2 (3,3)	1 (0,9)	4	(1,2)
1000-1499	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,9)	2	(0,6)
1500-2499	23 (12,8)	7 (11,7)	26 (24,5)	56	(16,2)
2500-3999	146 (81,1)	50 (83,3)	76 (71,7)	272	(78,6)
>4000	9 (5)	1 (1,7)	2 (1,9)	12	(3,5)
Apgar 1º minuto					
<7	26 (14,6)	6 (11,8)	15 (19,7)	47	(15,4)
>7	152 (85,4)	45 (88,2)	61 (80,3)	258	(84,6)
Omisso	3 (1,7)	9 (15)	30 (28,3)	42	(12,1)
Apgar 5º minuto					
<7	2 (1,1)	6 (11,3)	6 (7,9)	14	(4,6)
>7	174 (98,9)	47 (88,7)	70 (92,1)	291	(95,4)
Omisso	5 (2,8)	7 (11,7)	30 (28,3)	42	(12,1)
Suporte ventilatório					
Sim	16 (8,8)	7 (12,1)	9 (8,5)	32	(9,3)
Não	165 (91,2)	51 (87,9)	97 (91,5)	313	(90,7)
Reanimação					
Sim	0 (0,0)	2 (3,4)	1 (0,9)	3	(0,9)
Não	181 (100)	57 (96,6)	105 (99,1)	343	(99,1)
Transferência					
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	(0,0)
Não	181 (100)	60 (100)	106 (100)	347	(100)

Quanto às condições obstétricas das mulheres no exame de admissão nas maternidades, verificam-se os seguintes achados: 76,2% (260) foram consideradas com idade gestacional a termo, o que corresponde ao intervalo de 37 a 41 semanas; quanto à fase de trabalho de parto, 24,5% (85) encontravam-se na fase latente, ou seja, fora do trabalho de parto ativo, enquanto 30,5% (106) das parturientes foram admitidas com o colo uterino pérvio, entre 5 e 7 centímetros; 69,9% (235) estavam com membranas amnióticas íntegras.

Destaca-se que 37,7% (40) das parturientes admitidas na Maternidade C encontravam-se fora do trabalho de parto ativo; 35,9% (65) das parturientes da Maternidade A foram admitidas na fase ativa do parto; e 41,7% (25) encontravam-se na fase de transição, ou seja, o colo do útero estar dilatando entre 8 e 10 centímetros. Esses dados conferem discussão posterior para a questão do acesso e do acolhimento que essas mulheres recebem ao chegar nas maternidades.

A caracterização referente aos recém-nascidos, revelou que 78,6% (272) apresentaram peso normal (2.500 – 3.999 gramas); 88% (279) apresentaram índice de Apgar no quinto minuto de vida superior a 7; 9,3% (32) necessitaram de oxigênio e nenhum recém-nascido foi transferido.

Tabela 5 – Distribuição da adequabilidade dos recursos organizacionais, físicos e humanos existentes nas maternidades segundo os gestores. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.

Itens avaliados	MA(n=4) n (%)	MB(n=4) n (%)	MC(n=4) n (%)	Total N(%)	p-valor
Recursos Organizacionais					
Colegiado gestor	4(100)	0	3(100)	7(63,6)	0,004
Funcionamento do Colegiado Gestor	4(100)	0	3(100)	7(70,0)	0,007
Recursos financeiros	3(100)	0	3(100)	6(85,7)	0,030
Utilização dos recursos financeiros	4(100)	1(50)	3(100)	8(88,9)	0,140
Hospital Amigo da Criança	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
Comissão de revisão de prontuário	4(100)	1(25)	2(50)	7(58,3)	0,287
Comissão de ética	4(100)	1(25)	4(100)	9(75)	0,092
Comissão de infecção hospitalar	4(100)	3(75)	3(75)	10(83,3)	0,380
Comissão de investigação de óbito	4(100)	2(50)	3(75)	9(75)	0,453
Comissão de auditoria	1(25)	0	2(50)	3(25)	0,287
Normas, protocolos e rotinas atualizadas e de fácil acesso	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336

Itens avaliados	MA(n=4) n (%)	MB(n=4) n (%)	MC(n=4) n (%)	Total N(%)	p-valor
Protocolos de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	4(100)	1(25)	4(100)	9(75)	0,092
Protocolo de assistência obstétrica	4(100)	3(75)	3(75)	10(83,3)	0,380
Protocolo de assistência neonatal	3(75)	3(75)	4(100)	10(83,3)	0,380
Registro de ações de educação permanente	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336
Escala em local visível	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
Acesso ao BLH	0	0	3(75)	3(25)	0,055
DNV	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
Registro/Emissão de certidão de nascimento	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
Equipes horizontais	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336
Ouvidoria	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336
Recursos Físicos					
UTIn	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
UCINCo	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
UCINCa	4(100)	4(100)	4(100)	12(100)	-
BLH	4(100)	4(100)	2(50,0)	10(83,3)	0,091
Unidade transfusional 24 h/dia	4(100)	3(75,0)	4(100)	11(91,7)	0,336
Recursos Humanos					
Capacitação em emergência obstétrica	3(75)	2(50)	3(75)	8(66,7)	0,690
Capacitação em reanimação neonatal	3(75)	4(100)	4(100)	11(91,7)	0,336
Presença de enfermeira obstétrica	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336
Presença de médico obstetra	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336
Presença de pediatra	4(100)	3(75)	4(100)	11(91,7)	0,336

A tabela 5 apresenta as respostas dos gestores quando indagados acerca dos recursos organizacionais, físicos e humanos. Ressalta-se que os gestores da Maternidade B divergiram nas respostas de alguns itens investigados, relacionados à formação de comissões, existência de protocolos, educação permanente, unidade transfusional e presença de enfermeira obstetra na sala de parto.

Identificou-se associação estatística entre as maternidades e as seguintes variáveis dos recursos organizacionais: Colegiado Gestor ($p=0,004$), Funcionamento do Colegiado Gestor ($p=0,007$) e Recursos Financeiros ($p=0,030$). Ademais, verificou-se que a Maternidade B teve o pior resultado.

6.4 Satisfação das puérperas

No contexto da avaliação de uma política pública prioritária para a qualidade do cuidado obstétrico e neonatal, a satisfação das usuárias configura-se um importante marcador, por refletir o grau de satisfação durante o atendimento recebido nos diversos momentos da internação.

Tabela 6 – Frequência da satisfação global das puérperas por maternidade, acerca dos recursos humanos, físicos e materiais de equipamentos e medicamentos. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.

	Recursos Humanos		Recursos Físicos		Recursos Materiais	
	Sat (n/%)	Ins (n/%)	Sat (n/%)	Ins (n/%)	Sat (n/%)	Ins (n/%)
Maternidades						
MA	135 (74,6)	46 (25,4)	165 (91,2)	16 (8,8)	172(95)	9(5)
MB	30 (50)	30 (50)	60 (100)	-	60(100)	0(0,0)
MC	11 (10,6)	93 (89,4)	82 (78,8)	22 (21,2)	86(82,7)	18(17,3)
p valor	< 0,001		< 0,001		< 0,001	

A tabela 6 apresenta a satisfação global das puérperas acerca dos recursos humanos, físicos e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos. Percebeu-se que as mulheres atendidas na Maternidade A estavam satisfeitas em todos os recursos. Foi unânime a satisfação das puérperas da Maternidade B ao avaliarem os recursos físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos. Já as puérperas da Maternidade C tiveram um alto nível de insatisfação quanto aos recursos humanos.

Ainda com relação a este resultado, o nível de satisfação das puérperas quanto aos recursos humanos, físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos se associou estatisticamente ($p < 0,000$) com as Maternidades A, B, e C.

Tabela 7 – Associação das características das puérperas com o grau de satisfação por recurso. Fortaleza - CE, Mar/Out, 2017.

	Rec. Humanos			Rec. Físico			Rec. Material		
	Sat (N/%)	Ins (N/%)	p Valor	Sat (N/%)	Ins (N/%)	p Valor	Sat (N/%)	Ins (N/%)	p Valor
Idade (anos)									
Até 35	156(50,8)	151(49,2)	0,833	274(89,3)	33(10,7)	0,655	280(91,2)	27(8,8)	0,057
Acima de 35	20(52,6)	18(47,4)		33(86,8)	5(13,2)		38(100,0)	-	
Estado civil									
Com parceiro	138(50,7)	134(49,3)	0,596	238(87,5)	34(12,5)	0,107	248(91,2)	24(8,8)	0,093
Sem parceiro	38(54,3)	32(45,7)		66(94,3)	4(5,7)		68(97,1)	2(2,9)	
Escolaridade									
< 9 anos de estudo	69(48,9)	72(51,1)	0,521	126(89,4)	15(10,6)	0,853	132(93,6)	9(6,4)	0,407

> 9 anos de estudo	107(52,5)	97(47,5)		181(88,7)	23(11,3)		186(91,2)	18(8,8)	
Trabalho remunerado									
Sim	41(48,2)	44(51,8)	0,730	73(85,9)	12(14,1)	0,245	79(92,9)	6(7,1)	0,779
Não	126(50,4)	124(49,6)		226(90,4)	24(9,6)		230(92,0)	20(8,0)	
Renda (SM)									
Até 2 SM	156(51,0)	150(49,0)	0,233	272(88,9)	34(11,1)	0,851	280(91,5)	26(8,5)	0,416
> 2 SM	15(45,5)	18(54,5)		30(90,9)	3(9,1)		32(97,0)	1(3,0)	
Intercorrência obstétrica na gestação									
Sim	39(58,2)	28(41,8)	0,181	61(91,0)	6(9,0)	0,531	64(95,5)	3(4,5)	0,247
Não	135(49,1)	140(50,9)		243(88,4)	32(11,6)		251(91,3)	24(8,7)	
Nº de gestações									
Primípara	83(54,6)	69(45,4)	0,236	138(90,8)	14(9,2)	0,342	140(92,1)	12(7,9)	0,966
Múltipara	93(48,2)	100(51,8)		169(87,6)	24(12,4)		178(92,2)	15(7,8)	
Nº de consultas									
<6	68(57,6)	50(42,4)	0,018	109(92,4)	9(7,6)	0,133	111(94,1)	7(5,9)	0,639
>6	106(49,3)	109(50,7)		189(87,9)	26(12,1)		196(91,2)	19(8,8)	

Os dados revelaram que apenas o número de consultas se associou estatisticamente ($p=0,018$) dado que as mulheres que realizaram menos de 6 consultas de pré-natal mostraram-se mais satisfeitas quanto aos recursos humanos das maternidades avaliadas.

Os demais resultados contidos nessa tabela não apresentaram associação significativa, entretanto alguns merecem ser destacados. Quanto aos recursos humanos, estes foram avaliados com insatisfação pelas puérperas com menos de 9 anos de estudo e com trabalho remunerado. Já as puérperas que apresentaram alguma intercorrência na gravidez estavam mais satisfeitas quanto a esses recursos.

A seguir, de acordo com a tabela 8, identificou-se a associação dos itens que qualificam a assistência ao parto com as maternidades selecionadas no estudo.

Tabela 8 – Associação da satisfação das puérperas acerca da qualidade da assistência ao parto com as maternidades. Fortaleza – CE, Mar/Out, 2017.

Itens avaliados		MA (n=181) (Referência)			MB (n=106)			MC (n=60)			Total	
		n(%)	OR (IC)	p-valor	n(%)	OR (IC)	p-valor	n(%)	OR (IC)	p-valor	N(%)	p-valor
Recursos Humanos												
Protocolo de espera	de	145(80,6)	1	0,230	53(88,3)	0,5(0,2-1,3)	0,174	82(77,4)	1,2(0,6-2,1)	0,519	280(80,9)	0,221
ACCR		145(80,1)	1	<0,001	2(3,3)	120(27,9-515)	<0,001	9(8,5)	44,6(20,5-97,0)	<0,001	156(45,1)	<0,001
Equipe de saúde		168(92,8)	1	<0,001	52(86,7)	1,9(0,7-5,0)	0,149	43(41,0)	18,6(9,3-36,9)	<0,001	263(76,0)	<0,001
Categoria profissional	do	98(54,1)	1	0,116	41(68,3)	0,5(0,2-1,0)	0,056	56(52,8)	1,05(0,6-1,7)	0,829	195(56,2)	0,111
Possibilidade de perguntar	de	155(85,6)	1	<0,001	59(98,3)	0,1(0,01-0,7)	0,026	44(41,9)	8,2(4,6-14,5)	<0,001	258(74,6)	<0,001
Receber orientações		164(91,1)	1	<0,001	57(95,0)	0,5(0,1-1,9)	0,341	68(66,0)	5,2(2,7-10,1)	<0,001	289(84,3)	<0,001
Recursos Físicos												
Sala de admissão	de	142(81,1)	1	<0,001	59(98,3)	0,7(0,1-0,5)	0,11	64(61)	2,7(1,5-4,7)	<0,001	265(77,9)	<0,001
Local de internação	de	164(91,6)	1	<0,001	60(100)	0,000(0,000)	0,997	70(69,3)	4,8(2,4-9,5)	<0,001	294(86,5)	<0,001
Acompanhante durante o parto		177(98,3)	1	<0,001	58(96,7)	2(0,3-12,4)	0,443	72(67,9)	27,8(8,2-93,6)	<0,001	307(88,7)	<0,001
Acompanhante no pós-parto		178(98,9)	1	<0,001	58(96,7)	3(0,4-22,2)	0,268	88(84,6)	16,1(3,6-71,9)	<0,001	324(94,2)	<0,001
Banheiros adequados		162(89,5)	1	0,150	59(98,3)	0,1(0,1-1,1)	0,62	97(92,4)	0,7(0,2-1,6)	0,424	318(91,9)	0,092
Limpeza adequada		165(91,7)	1	0,602	57(95)	0,5(0,1-2,0)	0,401	96(90,6)	1,1(0,4-2,6)	0,750	318(91,9)	0,594

Itens avaliados	MA (n=181) (Referência)			MB (n=106)			MC (n=60)			Total	
	n(%)	OR (IC)	p-valor	n(%)	OR (IC)	p-valor	n(%)	OR (IC)	p-valor	N(%)	p-valor
Local do acompanhante adequado	99(55)	1	0,315	31(51,7)	1,1(0,6-2,0)	0,654	46(45,5)	1,4(0,8-2,3)	0,129	130(73,9)	0,314
Privacidade respeitada	164(91,1)	1	0,392	58(96,7)	0,3(0,07-1,5)		97(91,5)	0,9(0,4-2,2)	0,908	319(92,2)	0,362
				Recursos Materiais, Equipamentos e Medicamentos							
Equipamentos adequados	173(96,1)	1	0,011	60(100)	0,000 (0,000)	0,99	89(85,6)	4,1(1,6-10,5)	0,003	322(93,6)	<0,001
Medicamentos	175(98,9)	1	0,995	60(100)	0,000 (0,000)	0,997	99(99)	0,88(0,07-9,8)	0,920	334(99,1)	0,551

A análise da satisfação das puérperas apresentou diferenças significativas em todos os domínios avaliados ($p < 0,001$). O domínio dos recursos humanos foi avaliado de acordo com os seguintes itens: Protocolo de espera, Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), Equipe de saúde, Categoria do profissional, Oportunidade de fazer perguntas e Orientações recebidas.

Quanto ao ACCR apenas 3,3% das usuárias da Maternidade B e 8,5% da Maternidade C estiveram satisfeitas. Pode-se reforçar essa associação afirmando que as chances das puérperas da Maternidade B não passarem pelo ACCR são 120 (IC95%: 27,9-515) vezes maior que as puérperas da Maternidade A; enquanto as puérperas da Maternidade C são 44,6 (IC95%: 20,5 – 97) vezes maiores que as puérperas da mesma maternidade. Em relação a puérpera ser apresentada à Equipe de saúde, verificou-se menor satisfação (41%) na Maternidade C, de modo que a chance de as puérperas não estarem satisfeitas em não serem apresentadas a equipe de saúde nessa instituição aumentou em 18,6 (IC95%: 9,3 – 36,9) vezes, quando confrontada com a Maternidade A.

As puérperas da Maternidade C mostraram-se menos satisfeitas (41,9%) quanto a Oportunidade de fazer perguntas, quando comparadas com a Maternidade A (85,6%) e a Maternidade B (98,3%), o que implica afirmar que a chance das entrevistadas da Maternidade C não estarem satisfeitas em não terem a oportunidade de fazer perguntas, aumentou em 8,2 vezes em relação a Maternidade A. Essas puérperas ainda estiveram menos satisfeitas (66%) e com 5,2 vezes mais chances em não estarem satisfeitas por não receberem orientações do que as mulheres das outras maternidades do estudo.

Não houve associação significativa com o Protocolo de espera para atendimento na recepção ($p = 0,221$) e o reconhecimento da Categoria do profissional pela puérpera ($p = 0,111$). Apesar dos dados não revelarem significância, percebeu-se que a maioria das puérperas (80,9%) se mostrou satisfeita com o protocolo de espera nas três maternidades; 56,2% das puérperas estiveram menos satisfeitas quando não reconheceram a categoria do profissional que lhe prestou assistência.

Em relação aos aspectos avaliados nos recursos físicos, verificou-se que as puérperas internadas na Maternidade C estiveram menos satisfeitas quanto ao Acompanhante durante o parto (67,9%), o Local de internação (69,3%) e a Sala de admissão (61%).

As associações entre a satisfação e as maternidades demonstraram relação significativa com as variáveis Acompanhante durante o parto, Acompanhante no pós-parto, Local de internação e Sala de admissão. A avaliação pelo *Odds Ratio* apontou que as puérperas atendidas na Maternidade C apresentaram 27,8 (IC95%: 8,2 – 93,6) vezes mais chances de não estarem satisfeitas por não disporem de Acompanhante durante o trabalho de parto; 16,1 (IC95%: 3,6 –

71,9) vezes mais chances de não satisfeitas por não disporem de Acompanhante no pós-parto; 4,8 (IC95%: 2,4 – 9,5) vezes mais chances de estarem insatisfeitas com o Local de internação; e 2,7 (IC95%: 1,5 – 4,7) vezes mais chances de estarem insatisfeitas com a Sala de admissão.

Não houve associação significativa com o Banheiro ($p= 0,092$), Limpeza ($p= 0,594$) e Local do acompanhante adequados ($p= 0,314$), bem como Privacidade respeitada ($p= 0,362$). Destaca-se que as entrevistadas das Maternidades A (51,7%), B (51,7%) e C (45,5%) demonstraram menos satisfação com o Local para o acompanhante. Contudo, a Privacidade foi um item onde as puérperas estiveram mais satisfeitas, apesar das maternidades não disporem de infraestrutura adequada para garanti-la.

Evidenciou-se ainda que as puérperas demonstraram satisfação acerca dos recursos materiais, de equipamentos e medicamentos. Observou-se significância estatística apenas no item Equipamentos adequados ($p<0,001$), além do que a chance das puérperas da Maternidade C estarem menos satisfeitas com os equipamentos utilizados durante a sua internação eram 4,1 (IC95%: 1,6-10,5) vezes maior do que as puérperas da Maternidade A.

Tabela 9. Associação da satisfação das puérperas acerca dos recursos humanos, físicos e materiais, equipamentos e medicamentos com os desfechos perinatais. Fortaleza - CE, Mar/Out, 2017.

Desfechos perinatais	Recursos Humanos			Recursos Físicos			Recursos Materiais		
	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)
Idade Gestacional									
Pré-termo	26(19,3)	8(28,6)	3(27,3)	33(20)	15(25,9)	17(21,5)	31(18)	15(25,9)	20(23,8)
À termo	103(76,3)	18(64,3)	8(72,7)	126(76,4)	40(69)	62(78,5)	133(77,3)	40(69)	64(76,2)
Pós termo	6(4,4)	2(7,1)	-	6(3,6)	3(5,2)	-	8(4,7)	3(5,2)	-
<i>p</i> (por maternidade)	0,825	0,694	0,655	0,049	-	0,822	0,778	-	0,317
<i>p</i> (por recurso)		0,322			0,415			0,502	
Peso ao nascer									
Baixo peso	18(13,3)	4(13,3)	2(18,2)	24(14,5)	9(15)	21(25,6)	23(13,4)	9(1%)	22(25,6)
Normal	111(82,2)	26(86,7)	9(81,8)	132(80)	50(83,3)	60(73,2)	140(81,4)	50(83,3)	63(73,3)
Macrossomia	6(4,4)	-	-	9(5,5)	1(1,7)	1(1,2)	9(5,2)	1(1,7)	1(1,2)
<i>p</i> (por maternidade)	0,323	0,551	0,676	0,558	-	0,480	0,797	-	0,344
<i>p</i> (por recurso)		0,121			0,928			0,422	
Apgar 1º minuto									
≤ 7	21(15,8)	3(10,7)	2(22,2)	25(15,4)	6(11,8)	8(14)	25(14,8)	6(11,8)	13(21)
> 7	112(84,2)	25(89,3)	7(77,8)	137(84,6)	45(88,2)	49(86)	144(85,2)	45(88,2)	49(79)
<i>p</i> (por maternidade)	0,442	0,797	0,876	0,321	-	0,015	0,761	-	0,734
<i>p</i> (por recurso)		0,906			0,142			0,051	
Apgar 5º minuto									
≤ 7	1(0,8)	2(71,1)	1(11,1)	2(1,2)	6(11,3)	3(5,3)	2(1,2)	6(11,3)	6(9,7)
> 7	130(99,2)	26(92,9)	8(88,9)	158(98,8)	47(88,7)	54(94,7)	165(98,8)	47(88,7)	56(90,3)
<i>p</i> (por maternidade)	0,426	0,310	0,725	0,653	-	0,101	0,741	-	0,261
<i>p</i> (por recurso)		0,038			0,195			0,296	
Suporte ventilatório									
Sim	13(9,6)	2(6,7)	1(9,1)	16(9,7)	7(12,1)	5(6,1)	14(8,1)	7(12,1)	9(10,5)
Não	122(90,4)	28(93,3)	10(90,9)	149(90,3)	51(87,9)	77(93,9)	158(91,9)	51(87,9)	77(89,5)
<i>p</i> (por maternidade)	0,521	0,191	0,957	0,192	-	0,073	0,147	-	0,151

Desfechos perinatais	Recursos Humanos			Recursos Físicos			Recursos Materiais		
	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)	MA (n=181)	MB (n=60)	MC (n=106)
<i>p</i> (por recurso)		0,876			0,788			0,721	
Reanimação									
Sim	-	1(3,3)	-	-	2(34,4)	1(1,2)	-	2(3,4)	1(1,2)
Não	135(100)	29(96,7)	11(100)	165(100)	57(96,6)	81(98,8)	172(100)	57(96,6)	85(98,8)
<i>p</i> (por maternidade)	-	0,981	0,730	-	-	0,603	-	-	0,646
<i>p</i> (por recurso)		0,535			0,540			0,612	

A tabela 9 mostra a associação entre a satisfação que as puérperas revelaram acerca dos recursos humanos, físicos e materiais com desfechos perinatais. É importante salientar que a avaliação da satisfação de usuários sofre influências devido às expectativas quanto aos resultados esperados.

Em termos gerais, percebe-se que a satisfação esteve mais presente que a insatisfação o que atribui aos dados, um caráter de homogeneidade, refletido por meio da baixa associação encontrada. Enquanto desfecho perinatal, a Idade Gestacional ($p=0,049$) e o índice de Apgar no primeiro minuto ($p=0,015$) tiveram associação significativa com as Maternidades A e C, respectivamente. Já o Apgar no quinto minuto mostrou diferenças entre as maternidades do estudo ($p=0,038$). Destaca-se que quase que a totalidade das puérperas da Maternidade B mostraram-se satisfeitas diante de todos os desfechos perinatais avaliados, especialmente com os recursos físicos e materiais.

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização das maternidades quanto aos recursos humanos

Segundo o PHPN, todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidade dispor de recursos humanos para a adequada assistência ao parto (BRASIL, 2000).

De uma maneira geral, os recursos humanos das três maternidades avaliadas foram classificados como adequado, com maior frequência (84,7%), quando comparado aos outros domínios. Quando avaliado considerando cada maternidade, observou-se que a Maternidade B obteve melhor escore (91,28%), frente às outras maternidades.

Quando avaliado de acordo com os setores investigados das maternidades, verificou-se que os recursos humanos do CPN estavam totalmente de acordo com o preconizado pela portaria que regulamenta a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b). Duas maternidades apresentaram lacunas quanto à existência de algumas especialidades médicas, como ortopedia; ausência de coordenador de área na UTIn, bem como a sobrecarga de trabalho na assistência ao recém-nascido.

Estudo realizado no Iraque avaliou a perspectiva de enfermeiras sobre o que constitui um serviço de maternidade seguro e identificou que, dentre outros elementos, os recursos humanos limitados interferem na qualidade do cuidado e na segurança do paciente, não permitindo que essas profissionais tenham a oportunidade de oferecer cuidados apropriados (PIRO; GHIYASVANDIAN; SALSALI, 2015). O redimensionamento dos profissionais de saúde, pode apontar para o aumento de contratações, subsidiada por um planejamento prévio que determine a descrição e as atribuições do trabalho, e posteriormente, forneça treinamento para os profissionais contratados.

A enfermeira obstetra parece ser a profissional mais adequada e com melhor custo-efetividade para ser responsável pela assistência à gestação de risco habitual e ao parto sem distócia, com vista à redução da morbimortalidade materna e neonatal. Nos países em que a atuação das enfermeiras obstetras é mais evidente, os indicadores da saúde da mulher e do recém-nascido são melhores, haja vista sua importância na promoção da saúde e no cuidado das mulheres (WHO, 2004).

Estudo realizado nos países Marrocos, Burkina Faso, Indonésia e Camboja mostrou que houve redução nas taxas de mortalidade materna quando a assistência ao parto e nascimento foram conduzidas por *midwives*. Para que essa realidade fosse possível, esses países fizeram investimentos no intuito de fortalecer o sistema de saúde para a implantação do trabalho dessas profissionais (VAN LERBERGHE *et al.*, 2014). Nos países de média e baixa renda é necessário o desenvolvimento de estudos acerca de cuidados exercidos pela enfermeira obstetra, integradas

ao sistema de saúde, desempenhando sua assistência no contexto do cuidado interdisciplinar e integrado. Já nos países desenvolvidos as evidências mostram melhores resultados relacionados à qualidade do cuidado, quando estes são conduzidos pelas *midwives* que fornecem intervenções mais eficientes e eficazes realizadas desde a comunidade ao atendimento clínico mais complexo (RENFREW *et al.*, 2014).

Observou-se no presente estudo que a atuação da enfermeira obstetra no centro de parto normal foi comum a todas as maternidades, 24 horas em todos os turnos. No tocante a enfermeira generalista, esta estava presente em todos os outros setores da maternidade, atuando na assistência e/ou coordenação de algum serviço.

Com relação aos profissionais médicos, foi observado a atuação nas especialidades da obstetrícia, pediatria e neonatologia. Duas maternidades não dispunham de pediatra na assistência ao bebê na primeira hora de vida, entretanto, contavam com o médico neonatologista. Algumas práticas assistenciais relacionadas ao recém-nascido saudável estão sendo realizadas nos últimos anos, com o objetivo de reduzir o excesso de intervenções, muitas vezes desnecessárias (MOREIRA *et al.*, 2014). Tais práticas incluem clampeamento tardio do cordão umbilical, contato imediato pele a pele mãe-bebê, início precoce do aleitamento materno, método canguru, entre outras. Entretanto, tais práticas podem sofrer influências culturais, sociais, diferenças na *expertise* médica e características demográficas dos pacientes, tornando-se obstáculo para a sua consolidação no atendimento ao recém-nascido. Além desses fatores, questões estruturais também podem contribuir para a não aderência por parte dos profissionais de saúde às boas práticas, como acontece em alguns estudos sobre qualidade do cuidado (McKEEVER; FLEUR, 2012; PITCHFORTH, 2010).

Duas das maternidades do estudo são instituições de ensino, onde há maior estímulo ao desenvolvimento de pesquisas que podem apontar para práticas baseadas em evidências, e conseqüentemente produzem melhores resultados na assistência. Recentemente, o MS em parceria com outras instituições de saúde e educação, lançaram o projeto Apice On (Aprimoramento de Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) que se constitui por uma rede de hospitais com atividades de ensino, com o objetivo de sensibilizar mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão com foco na formação de novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação (BRASIL, 2017).

O QMNC, arcabouço teórico do estudo determina que a avaliação da qualidade da assistência não deve se limitar apenas na existência do cuidado ofertado, mas detêm-se em como e por quem ele é fornecido (RENFREW *et al.*, 2014). Daí a importância de novas práticas

de assistência ao cuidado materno e neonatal estarem sendo discutidas e implantadas, a fim de melhorar os resultados de saúde, bem como investir na qualificação dos profissionais envolvidos nesse cuidado, que exige um trabalho em equipe interdisciplinar, eficaz que busque integrar os serviços de saúde nas suas diversas complexidades em parceria com a comunidade. Ademais, é preciso fortalecer a autonomia e a capacidade das mulheres envolvidas nesse processo, a fim de que se comprometam e promovam a sua própria saúde e de suas famílias, compartilhando com os profissionais de saúde os melhores resultados.

7.2 Caracterização das maternidades quanto aos recursos físicos

O QMNC aponta para a importância da existência de recursos adequados que promovam a organização do cuidado, durante a assistência materna e neonatal (RENFREW *et al.*, 2014). Nesse estudo, a estrutura física foi avaliada na perspectiva de que os recursos estejam adequados, pois assim, facilitam o processo de trabalho por meio de uma atenção qualificada, permitindo a continuidade da assistência com ações efetivas, assegurando que o processo de cuidado seja adequado e alcance um resultado favorável. Dessa forma, favorece a otimização de outros recursos e o atendimento humanizado.

Os recursos físicos avaliados nas três maternidades foram classificados como inadequados, com pior desempenho (46,1%), quando comparado aos outros domínios. Ao se avaliar separadamente, pôde-se observar que a Maternidade C obteve menor escore (33,3%), frente às Maternidades A e B, que tiveram escores semelhantes, 51% e 54,2%, respectivamente.

Quando avaliado de acordo com os setores investigados, verificou-se que apenas a UTIn estava adequada nas três maternidades, realidade não encontrada nos outros setores: CPN, AC, CGPB, UCINCo e UCINCa.

Realidades díspares foram encontradas nos espaços destinados ao primeiro atendimento da parturiente ao ser admitida nas maternidades. Na Maternidade A o local destinado ao registro e a recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante era realizado na entrada da maternidade, espaço comum a todas as gestantes, independentemente da situação obstétrica. Vale salientar que o CPNi tipo II permite que esses espaços sejam comuns à maternidade, não havendo necessidade de serem exclusivos ao CPN (BRASIL, 2015). Após a avaliação dos profissionais de saúde a gestante era encaminhada para o CPN ou o centro obstétrico, mediante acolhimento e classificação de risco realizado pelo enfermeiro.

Já nas Maternidades B e C, a sala de registro e recepção para acolhimento e o sanitário anexo à sala de exames eram espaços inexistentes, no momento da coleta. As gestantes eram admitidas em recepção comum a todo o complexo do hospital/maternidade, contribuindo para

que houvesse dificuldade em identificar casos que necessitassem de atendimento prioritário através do ACCR, ainda não implantado nessas maternidades.

O ACCR está inserido na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) e caracteriza-se como uma diretriz e um dispositivo de interferência nos processos de trabalho, devendo fazer parte da rotina de unidades de urgência, como está assegurado na portaria n. 2048 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). O acolhimento está imbuído da escuta qualificada e a pactuação entre a necessidade do usuário e a capacidade que o serviço tem em atendê-lo. Já a classificação de risco está pautada na agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade do usuário, conforme a complexidade, e não a ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A ausência da implantação do ACCR em serviços obstétricos associada à peregrinação das mulheres por vaga na maternidade, dificulta o atendimento humanizado por não viabilizar, seja pela precária estrutura física ou indisponibilidade de profissionais de saúde, o acesso às gestantes, que resulta no aumento do tempo de espera e incide no agravamento dos riscos para a mulher e feto.

A decorrência desses fatores implica no comprometimento da qualidade do cuidado materno e neonatal. Segundo Renfrew *et al.* (2014), os cuidados obstétricos de qualidade implicam na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, redução de prematuridade e natimortalidade, diminuição das intervenções desnecessárias e melhoria dos resultados de saúde dessa população (mulheres e neonatos). A afirmação corrobora com as perspectivas da Rede Cegonha no tocante ao cuidado continuado voltado para mães e recém-nascidos.

Na configuração do CPN, nenhuma maternidade disponibilizava quarto PPP com banheira, apesar da Maternidade C disponibilizar para esse setor todas as instalações concluídas de acordo com portaria que rege a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b). Porém, durante a coleta, este setor não se encontrava em funcionamento. Ao considerar as práticas que beneficiam a humanização do parto, a existência da banheira em um quarto PPP pode contribuir como técnica de relaxamento para o alívio da dor e redução da ansiedade. A utilização da banheira beneficia as parturientes que darão à luz por parto normal que podem fazer a escolha de ter o bebê na banheira ou na cama, o que reforça o seu protagonismo no momento do parto. Para isso, a banheira deve estar inserida no quarto PPP, o que dispensa a mulher se deslocar até o local do parto. Entretanto, o banho de imersão em piscina ou banheira para gestantes no trabalho de parto é pouco praticado em ambientes hospitalares por falta de estrutura física (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Quanto aos ambientes de apoio do CPN, todas as maternidades apresentaram deficiência, especialmente, quando um ambiente físico acomodava dois ambientes distintos. A copa da Maternidade A apresentou-se inadequada por ser compartilhada com a sala administrativa. Na Maternidade B não existem sala de utilidade, copa e refeitório. O refeitório existente é frequentado pelos profissionais de saúde e funcionários da instituição. As duas maternidades não dispõem de depósito de equipamentos materiais.

Observa-se que a estrutura física das maternidades, em especial a Maternidade B, necessita de readequações no sentido de proporcionar qualidade no atendimento mais direcionado às gestantes. A estrutura física inadequada não é impeditiva para que o cuidado seja prestado, porém compromete a qualidade do cuidado. Segundo Donabedian (1990) a boa estrutura dos serviços é provavelmente, o meio mais importante de proteção e promoção da qualidade do cuidado.

O AC apresentou deficiências comuns nas três maternidades, como: ausência de bancada com pia para higienização do recém-nascido, poltrona para acompanhante e medidas que assegurassem a privacidade das mulheres. Na Maternidade A não havia banheiro anexo nos quartos destinados à assistência à puérpera.

Durante a permanência dos acompanhantes nas Maternidades A e C apenas era ofertada cadeiras plásticas, enquanto na Maternidade B dispunha de cadeiras plásticas e reclináveis. A privacidade da parturiente requer estrutura física adequada e profissionais de saúde que contribuam para a sua preservação, pois a exposição indevida se opõe aos valores preconizados pela humanização, e aos princípios de integralidade e individualidade.

No Brasil, a Lei do Acompanhante vigora desde 2005 e determina que os serviços de saúde maternos permitam que a mulher escolha livremente um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005a). Entretanto, a permanência do acompanhante na maternidade requer uma estrutura adequada, sendo assim, determinada pela Portaria n. 2.418 (BRASIL, 2005b), que passou a autorizar o pagamento de despesas com o acompanhante, incluindo gastos com acomodação adequada e fornecimento das principais refeições. Em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.36, da ANVISA, reforça que a estrutura física adequada e segura para acompanhantes e profissionais de saúde deve ser garantida (BRASIL, 2008).

A observação realizada nesse estudo, apontou que a privacidade não foi garantida às puérperas, durante a permanência no alojamento conjunto, identificada através da ausência de cortinas entre um leito e outro, ou mesmo de biombo. Em consequência disso, durante a coleta observou-se que diante da realização de um procedimento à puérpera, os acompanhantes

masculinos eram solicitados a se retirarem, até que o mesmo fosse finalizado. A Política Nacional de Humanização (PNH) objetiva que o paciente e a sua família sejam acolhidos de forma integral e que a permanência no hospital seja o menos traumatizante possível. Para isso, o conceito de ambiência hospitalar, o qual trata da qualidade desse ambiente, propõe alguns modificadores e qualificadores do ambiente para atingir esse objetivo, sendo dentre eles, a privacidade e individualidade, além do conforto (BRASIL, 2010c).

Quanto a CGBP, a Maternidade B ainda não dispunha dessa unidade. Nas Maternidades A e C foram comuns a inexistência de sala multiprofissional, banheiros internos em cada quarto que respeitassem as normas de acessibilidade e solário. É importante ressaltar que as usuárias da CGBP são puérperas com bebê internado na UTIn do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com o seu bebê (BRASIL, 2011a). Portanto, a sala multiprofissional e o solário podem ser considerados ambientes de acolhimento e de cuidado quando utilizados especialmente, pela enfermeira na orientação à puérpera quanto às questões voltadas ao recém-nascido. O solário, particularmente, pode ser um ambiente favorável à troca de informações e experiências entre as puérperas, facilitando a adaptação ao novo cotidiano, bem como o enfrentamento das dificuldades que se apresentam.

O quarto de isolamento na UCINCo não foi evidenciado em nenhuma das maternidades investigadas. A área para prescrição médica esteve presente nas maternidades A e B. Quanto aos ambientes de apoio, alguns deles eram compartilhados com outras unidades da maternidade. Na UCINCa, o posto de enfermagem, sala de atividades e sanitário para funcionários foram espaços inexistentes em todas as maternidades, enquanto nas Maternidades B e C não havia área para prescrição médica. Essas unidades hospitalares estão voltadas para a implementação do Método Canguru (MC) com a proposta inicial de reduzir o abandono e a mortalidade de RNs prematuros e os de baixo peso (BRASIL, 2011d). Esse método foi desenvolvido em três etapas que depende da evolução do RN. Na primeira etapa o recém-nascido se encontra na UTIn ou na UCINCo; na segunda etapa, o mesmo fica com a sua mãe na UCINCa, e na terceira etapa, após a alta hospitalar, retorna ao serviço de referência à Unidade Básica de Saúde, em consultas agendadas, até completados 2.500g (MENDES *et al.*, 2015).

Estudos realizados em maternidades de Teresina e Minas Gerais apontaram algumas dificuldades que podem interferir na implementação do MC, tais como: a falta de estrutura física, funcionários e treinamento. Os autores ainda ressaltaram que a adesão ao MC dispõe de critérios necessários para a sua eficácia: informação e o suporte para os cuidadores e família; o treinamento para a equipe de saúde, dimensionamento pessoal suficiente para que seja dada a atenção necessária a essas mães e uma estrutura física confortável e adequada. Também foi

mencionado que quando há problemas relacionados ao espaço físico e de pessoal da assistência direta em outro setor da maternidade, o primeiro local a ser fechado é a UCINCa, expondo as crianças, que continuam internadas na UTIn, por vezes sem indicação para tal, e na UCINCo, sob risco aumentado de infecções e desmame precoce (GALVÃO *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2015).

Segundo Alves *et al.* (2014) mesmo que uma estrutura adequada não seja suficiente as fragilidades estruturais mencionadas podem comprometer a assistência prestada e influenciar o desfecho dos casos. No Rio de Janeiro, observou-se que as maternidades pertencentes ao SUS apresentaram melhor qualidade da estrutura para o cuidado ao recém-nascido (78%) que para o cuidado da mulher (55%). Ainda foi evidenciado que em menos de 50% das maternidades, observou-se a presença de pia e de climatização com ar condicionado nas enfermarias, entretanto, a disponibilidade de pontos de oxigênio foi observada em 95% das maternidades (MAGLUTA *et al.*, 2009).

7.3 Caracterização das maternidades quanto aos recursos materiais, de equipamentos e medicamentos

No que concerne aos recursos materiais e de equipamentos avaliados nas três maternidades observou-se que este domínio foi classificado como inadequado (66,6%). Ao avaliar as maternidades separadamente, pôde-se observar que a Maternidade A se mostrou adequada (76,1%), enquanto as outras maternidades apresentaram escores inferiores a 70%, sendo assim, classificadas como inadequadas.

Quando avaliado de acordo com os setores investigados, verificou-se que apenas o CPN encontrou-se adequado nas três maternidades, diferindo dos outros setores que a depender da maternidade mostrava-se adequado ou inadequado.

O AC obteve escores muito baixos, classificando as Maternidades B (33,3%) e C (26,6%) como inadequadas, devido à inexistência de alguns equipamentos. A maior deficiência encontrada foi a Maternidade C não dispor de material de emergência para reanimação da mulher e do recém-nascido. Esse material deve estar disponível em cada posto de enfermagem com os seguintes itens: desfibrilador, carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril (BRASIL, 2016).

Situação semelhante foi encontrada no estudo de Bittencourt *et al.* (2014) ao analisar aspectos da estrutura de uma amostra de maternidades brasileiras, onde evidenciou que os hospitais públicos das regiões Norte/Nordeste são, respectivamente, deficientes em 56% e 45%

na disponibilidade de equipamentos essenciais e estratégicos para viabilizar a sobrevivência materna e do recém-nascido nas emergências, o que pode refletir ainda nos níveis de mortalidade neonatal. No estudo realizado por Costa *et al.* (2004), a indisponibilidade desses materiais já era existente.

A UTIn, espaço dedicado aos RNs prematuro e de baixo peso, foi classificada como inadequada (68%) na Maternidade A por não dispor suficientemente de material e equipamento para reanimação, equipamento para infusão contínua, conjunto de nebulização, conjunto de beira de leito, oftalmoscópio, otoscópio, equipamento para aferição de glicemia capilar e poltronas removíveis devido à falta de espaço físico. Nas Maternidades B (84,0%) e C (100%) a UTIn foi classificada como adequada.

7.4 Caracterização dos gestores

Os resultados dessa pesquisa apontaram que dentre os gestores participantes, a enfermeira destacou-se como o profissional que mais se qualificou.

A atuação da enfermeira obstétrica (EO) no Brasil vem se consolidando por meio de uma assistência menos intervencionista na atenção ao parto, passando a ser reconhecida por reinventar relações menos desiguais e por agregar a um conhecimento desmedicalizado o respeito ao parto fisiológico, o que a capacita para o manejo adequado das situações obstétricas. Com isso, a EO tem se mostrado uma profissional defensora de uma obstetrícia mais libertadora, que busca respeitar a dignidade da mulher e a torná-la protagonista da sua própria história.

Evidências apontam que modelos assistenciais que envolvem essas profissionais estão associadas a menores taxas de intervenções e em maior satisfação das mulheres (WALSH; DOWNE, 2004; OVERGAARD *et al.*, 2011). Renfrew *et al.* (2014) através do QMNC corrobora com essa afirmativa ao apontar que diante das revisões analisadas, as intervenções eficazes melhoram os resultados relacionados à maternidade para as mulheres e recém-nascidos, além de mostrar que os cuidados obstétricos realizados por enfermeiras obstétricas podem trazer melhores resultados para a saúde materna e neonatal.

Por este motivo, a OMS recomenda que haja incentivo na formação e qualificação de maior número de EO, não só no âmbito hospitalar, mas também na comunidade (WHO, 2005). Ademais, destaca-se que o êxito da redução da mortalidade materna e perinatal de outros países possui estreita relação com a existência de grande número dessas profissionais, além do que a própria sociedade as reconhece como profissionais respeitadas, necessárias, capacitadas,

regulamentadas e com ingresso garantido no sistema de saúde (OEA, 2006; UNFPA, 2007; WHO, 2001; WHO, 2004).

Entretanto, mesmo com esforços para o desenvolvimento de estratégias visando a redução da mortalidade materna e neonatal, por meio da formação e qualificação de enfermeiras obstetras, essa não é uma realidade constante e homogênea no nosso país, que se destaca por tamanha desigualdade social e econômica com reflexos nos resultados de saúde. Ainda é comum que a assistência ao parto, principalmente nos serviços públicos, ocorra em ambientes desfavoráveis, sem privacidade, apoio dos familiares, com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas (NARCHI, 2009; 2011).

A UNFPA (2007) declara que sem esforços governamentais para incentivar a qualificação de EO, a mortalidade materna e neonatal continuará existindo, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres desrespeitados e a gestação e o parto continuarão a ser excessivamente medicalizados. A Universidade de Oxford, citada em relatório da OEA, reforça essa afirmativa ao revelar que nenhum país conseguiu reduzir a mortalidade sem investir na capacidade das EO e/ou obstetras em todos os cenários de assistências, ou seja, desde a atenção primária e comunitária até os locais onde são realizados os partos, como o domicílio ou os centros de parto intra ou peri-hospitalares (OEA, 2006).

Estudo realizado em duas maternidades públicas no sul do Brasil concluiu que em uma maternidade nem todas as enfermeiras do centro obstétrico tinham especialização em enfermagem obstétrica e, entre aquelas que tinham, poucas conduziam parto de risco habitual, sendo que algumas delas tinham muita dificuldade para se posicionar e tomar decisões; enquanto na outra maternidade, a realidade era ainda mais preocupante pois o enfermeiro tinha menos autonomia e a hegemonia médica parecia estar mais exacerbada ainda (BACKES *et al.*, 2017). Diante de tal cenário, é preciso investir e estimular a formação de enfermeiras obstetras com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à mulher e ao neonato (CAGNIM; MAMEDE; MAMEDE, 2014).

Outros estudos também evidenciaram problemas relacionados à formação e atuação das EO, desde a falta de autonomia e visibilidade até a dificuldade para assumir um papel estritamente assistencial, considerando que essa profissional muitas vezes não consegue atuar na sua área específica, sendo deslocada para outra função ou setor (BUSSADORI, 2009; NARCHI, 2009, NARCHI 2011).

Diante dos avanços e retrocessos comuns à história das políticas de saúde desse país, se faz necessário o envolvimento de todos os profissionais que integram a saúde materna e

neonatal, como também as usuárias dessa assistência para a transformação da realidade da atenção obstétrica.

7.5 Caracterização das puérperas

A população de puérperas desse estudo mostrou-se mais prevalente na faixa de idade menor que 35 anos. Dentre as mulheres com mais de 35 anos, a Maternidade A (14,9%/27) foi a mais evidente.

De acordo com o Ministério da Saúde, a faixa de idade mais adequada para a primeira gestação é a apresentada pela maioria das mulheres desse estudo (BRASIL, 2006), pois é nesse período que fisiologicamente o corpo apresenta-se mais preparado para procriar. O Brasil acompanha uma tendência mundial, na qual as mulheres estão retardando a primeira gestação, ao mesmo tempo que a gravidez na adolescência está sendo reduzida. Isso se deve à constante luta das mulheres por mais espaço na sociedade por meio dos estudos e de melhor condição de trabalho, assim como a conquista dos seus direitos reprodutivos, através da ampla e garantida oferta dos métodos contraceptivos para a mulher e seu companheiro (SOARES, 2015).

Identificou-se que 79,7% das puérperas do estudo disseram viver com os seus companheiros, o que pode propiciar melhor prognóstico para o conceito, indicando considerável redução de risco, como por exemplo, a menor incidência de baixo peso (ALIO *et al.*, 2013). Esse dado foi semelhante aos encontrados em parturientes de um hospital público no Piauí (74,3%) e São Paulo (85,4%) (BARBOSA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2015). Contrapondo-se a esses resultados, em estudo descritivo em Maringá apenas 31,6% das puérperas viviam com o seu companheiro (LOPES, *et al.*, 2010).

O apoio do companheiro é considerado favorável, uma vez que a situação conjugal estável traz melhorias quanto à condição psicológica e estabilidade econômica, além de incentivar, apoiar e ajudar a puérpera nas tarefas de casa e nos cuidados prestados ao recém-nascido (BATISTA, FARIAS; MELO, 2013). Entretanto, o apoio do pai durante o ciclo gravídico-puerperal, bem como nos cuidados com o bebê vem sofrendo modificações no sentido de ampliar a sua co-responsabilidade junto com a mãe. Assim, a parentalidade é um modelo ideológico, que prescreve como e em que condições os pais devem criar e maximizar o potencial dos seus filhos (SOARES *et al.*, 2015).

A maioria das participantes (75,1%) declarou-se de cor da pele parda. A análise das mudanças nas desigualdades sociodemográficas e na assistência às maternidades no Sudeste brasileiro, encontrou diferenças desfavoráveis às pretas e pardas quanto à escolaridade, renda e

ao trabalho remunerado. Esses resultados sugerem que a raça/corpo de ser um fator importante para o acesso nos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2016).

Os dados evidenciaram que 38,9% das puérperas concluíram o Ensino Médio, o que significa um tempo de estudo de 9 a 12 anos. Pesquisa desenvolvida em duas maternidades públicas de São Paulo identificou que 65,8% mulheres estudaram de 9 a 12 anos, prevalência semelhante encontrada em uma maternidade escola na cidade de Fortaleza, onde 67,5% das mulheres concluíram o Ensino Médio (SANTOS *et al.*, 2015; CAMPOS, 2015). Diante desses resultados, a pesquisa atual revelou menor prevalência de puérperas que concluíram o Ensino Médio. Uma parcela das mulheres da amostra era proveniente de cidades interioranas da região mais carente do país, em que o acesso aos serviços de saúde de referência possivelmente seja mais difícil, bem como a valorização da educação formal seja menor, o que certamente pode interferir no perfil escolar das mulheres. Essas inferências corroboram com o estudo de Barbosa *et al.* (2017) onde apontou que a baixa escolaridade pode estar associada a atitudes inadequadas que podem expor a mãe e o filho a comportamentos de riscos comprometedores ao processo gravídico puerperal, por estar atrelado à falta de informação.

O Ministério da Saúde classifica como um fator de risco gestacional o período de estudo inferior a cinco anos. Assim, mulheres com mais tempo de estudo, tendem a apresentar redução na possibilidade do desenvolvimento de morbidades graves e do óbito materno por causas evitáveis, visto que, a maior escolaridade é diretamente proporcional ao número de consultas, o que amplia a chance de detecção precoce e tratamento das morbidades (BRASIL, 2013b).

Quanto à ocupação, os dados apontaram que 74,8% das puérperas não desempenhavam trabalho com remuneração, fato este comum nas puérperas das três maternidades. Vale ressaltar a situação atual de crise que o Brasil está enfrentando nos últimos anos, onde a taxa de desemprego no primeiro trimestre de 2017 atingiu 13,7% (IBGE, 2017).

Estudo realizado em uma maternidade pública de Teresina – PI, mostrou que 64,1% das puérperas não tinham emprego fixo, desempenhando apenas as atividades do lar (ARAÚJO *et al.*, 2015). Outro estudo realizado com parturientes em hospital-escola do Paraná, observou que apenas 33,5% das parturientes tinham ocupação remunerada, e concluiu que a baixa escolaridade pode estar associada a essa realidade (SILVA; PELLOSO, 2009). Destaca-se que o reduzido número de mulheres com ocupação remunerada nessa amostra corrobora com os resultados de Ribeiro (2013), contrariando as tendências de inserção crescente da mulher no mercado de trabalho.

A respeito da renda mensal familiar, verificou-se que 212 (62,2%) mulheres declararam possuir renda de 1 a 2 salários mínimos; e 197 (56,8%) não recebiam benefício do governo.

Segundo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) construído pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria das mulheres deste estudo é classificada como classe C2 (ABEP, 2015), onde as limitações financeiras denotam dificuldade na provisão de recursos necessários ao conforto, alimentação, escolaridade e serviços de saúde.

Em relação ao benefício oferecido pelo governo como incremento na renda familiar, mais da metade das entrevistadas não foi contemplada com bolsas e auxílios sociais. O Governo Federal possui diversos programas sociais que atendem as necessidades específicas da população. O programa social mais comum é o Bolsa Família caracterizado por transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O Programa busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde (BRASIL, 2010b).

É possível inferir que uma população com menor poder aquisitivo tenha acesso limitado a produtos e serviços de qualidade, ainda mais considerando que a educação também sofre essa influência. Observa-se que mulheres com rendas mais baixas são mais vulneráveis a desenvolverem problemas de saúde após o parto e que os serviços de cuidados pós-parto são importantes e eficazes para esse grupo de mulheres (ARAÚJO *et al.*, 2015).

No que concerne à moradia, verificou-se que a maioria das puérperas vivia com o companheiro e filhos; morava em casa própria; e residia distante da maternidade que foi internada. O cuidado e o apoio do companheiro e dos filhos e a segurança de ter a casa própria podem ser aspectos promotores de bem-estar e qualidade de vida, o que facilita a adaptação de toda a família para a chegada de um novo membro. Durante o puerpério imediato, as mulheres encontram dificuldades em desempenhar sozinha o papel de mãe, devido a adaptação para a maternidade e para os cuidados com o recém-nascido (SILVA, PELLOSO; 2009). Ao contrário, as puérperas com união estável podem ter maior estabilidade nas relações conjugais, o que favorece o apoio do companheiro no compartilhar das responsabilidades e dificuldades cotidianas.

Ainda com relação à moradia, foi verificado que as entrevistadas moravam distantes da maternidade na qual foram atendidas, o que pode apontar para dificuldades na acessibilidade, como também deficiências de estrutura física e organizacional de maternidades mais próximas, o que pode não inspirar segurança na parturiente. Vale destacar que a maioria das mulheres (57%/196) dessa pesquisa não foi informada durante as consultas de pré-natal, em qual maternidade iria ter o bebê, o que demonstra a ausência de vínculo a maternidade durante o pré-

natal. É possível que o deslocamento para outra cidade que ofereça estrutura e serviços mais qualificados em maternidades de referência, gere ainda mais ansiedade e incertezas à parturiente.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve contemplar o vínculo entre o pré-natal e o local de nascimento, incluindo o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006). A dificuldade de acesso à assistência de qualidade no anteparto e momento do parto, em diversos estudos tem mostrado associação a desfechos potencialmente evitáveis como mortalidade materna e do RN (FURTADO; GOMES; GAMA, 2016; LEAL *et al.*, 2017).

Portanto, é essencial para assistência de qualidade à saúde das gestantes que haja uma coesão do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas (VIELLAS *et al.*, 2014).

Concernente à religião, verificou-se que a maioria das puérperas se declarou católica. A religiosidade oferece elementos para o equilíbrio de muitos aspectos da vida que afloram no período gravídico puerperal. A religião pode servir como suporte para o enfrentamento de dificuldades encontradas nesse período, cercada de intensas mudanças e descobertas (REIS *et al.*, 2013); mas também como meio de agradecimento pela espera de um filho e de preces para que tudo ocorra dentro da normalidade. Estudo realizado em Gana, investigou crenças e práticas religiosas adotadas pelas mulheres ganianas durante a gestação e parto, e concluiu que os profissionais de saúde devem estar preparados para compreender as necessidades religiosas de suas pacientes, através do apoio para que elas exerçam a sua religiosidade (AZIATO; ODAI; OMENYO, 2016).

O uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas, durante a gestação, foi bastante reduzido nas participantes. A adoção de hábitos saudáveis aponta para a responsabilidade que a maioria das mães demonstrou no período gestacional, reduzindo possíveis complicações para ela e o feto. Achados discordantes dessa pesquisa foram encontrados em São Luís com 3.949 mulheres, onde revelou que gestantes usuárias de drogas e sem crença religiosa mostraram associação com a inadequação da qualidade do pré-natal (GOUDARD *et al.*, 2016). Segundo Symon *et al.* (2016a), em estudo desenvolvido na Escócia acerca do consumo de álcool durante a gestação, apontou que a mortalidade e a morbidade relacionadas ao álcool entre as mulheres aumentaram nas últimas décadas, e afirma que o consumo antes da gestação está associado ao consumo

contínuo durante a gravidez. O uso do álcool durante a gestação está associado a possíveis danos ao concepto, tais como: prematuridade e baixo peso ao nascer (ROCHA, *et al.*, 2013).

Acerca das características obstétricas, foi verificado que a maioria das participantes da pesquisa era primípara e não havia sofrido nenhum aborto. Estudo realizado com o objetivo de atualizar as estimativas do aborto induzido no Brasil entre os anos de 1995 e 2013, mostrou decréscimo no período estudado. Apesar dos resultados encontrados neste estudo serem positivos, é importante considerar a frequente associação do aborto induzido com procedimentos clandestinos, o que aponta para um grave problema de saúde pública, com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015).

O Ministério da Saúde, em concordância com a Rede Cegonha preconizam a captação precoce das gestantes para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, o que corresponde até 12 semanas de gestação, bem como a realização de no mínimo seis consultas (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013b). A captação precoce de gestantes no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada de gestações de risco, bem como a adoção de intervenções necessárias. Quanto ao número de consultas, um novo modelo de atenção pré-natal proposto pela OMS, recomenda que sejam realizadas oito consultas, com a finalidade de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com o cuidado (WHO, 2016). Entretanto, ainda não há um consenso quanto ao número ideal de consultas no pré-natal, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas com qualidade podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número (BRASIL, 2013b; VILLAR, *et al.*, 2001).

O percentual de mulheres que foram captadas até 12 semanas foi de 64% (212), enquanto 73,8% (256) realizaram o mínimo de 6 consultas. Assim, pode-se verificar que a amostra do estudo está aquém das recomendações do governo quanto aos dois indicadores de qualidade do pré-natal, onde indica uma média de 79% de gestantes captadas no primeiro trimestre e em média 90% das gestantes com a consulta de pré-natal no mês (BRASIL, 2012d).

A atenção ao pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (LANSKY *et al.*, 2014). Verificou-se que 75,5% (262) das participantes do estudo foram classificadas de risco habitual, com percentual semelhante de 80,5% (277) de puérperas que não apresentaram intercorrências durante a gestação.

Para o controle da sífilis e do HIV, a OMS preconiza a realização de uma sorologia para sífilis e HIV para mais de 90% das gestantes (WHO, 2012). Portanto, a amostra deste estudo alcançou a meta para a sorologia do HIV que correspondeu a 90,1% (299); enquanto a realização de sorologia para sífilis foi de 87% (288) não atingiu as recomendações da OMS. Maior valor foi observado em estudo nacional de base hospitalar com 23.894 mulheres, onde a sorologia para a sífilis foi de 89,1% (DOMINGUES *et al.*, 2015). Ressalta-se a importância do início precoce das consultas de pré-natal para que os exames necessários durante a gestação sejam realizados em tempo hábil, o que favorece a identificação de possíveis complicações.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco deve ser realizado por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, odontólogo e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2013b). Nesse caso, a presente pesquisa corrobora com a recomendação do MS, apontando que 79,7% (259) das mulheres entrevistadas relataram ter sido acompanhadas no pré-natal por ambos os profissionais. É importante destacar que compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, além do que é um dos agentes de educação em saúde, o qual favorece uma conexão em benefício da promoção da saúde do cliente, da família, grupos sociais e da comunidade. O QMNC é uma estrutura que apresenta componentes necessários para a qualidade dos cuidados maternos e neonatais, tendo a enfermeira obstetra a profissional que conjuga habilidades, conhecimento e competência para realizar o pré-natal de baixo risco e o parto sem intercorrências por meio da baixa utilização de intervenções, o que implica a adoção de boas práticas ao parto e nascimento (RENFREW *et al.*, 2014). Essa nova dimensão de cuidado proporciona maior valorização as mulheres por meio do protagonismo no processo de parir, podendo refletir no grau de satisfação mediante a sua própria experiência e o atendimento recebido.

Quando observadas às condições obstétricas das entrevistadas no exame de admissão nas maternidades do estudo, verificou-se os seguintes achados: a maioria das mulheres apresentou idade gestacional à termo, com trabalho de parto na fase de transição, ou seja, com o colo uterino dilatando entre 8 e 10 centímetros e membranas amnióticas íntegras.

A procura da maternidade por parturientes com idade gestacional à termo, pode inferir em melhor conhecimento da gestante quanto aos sinais do parto, o que contribui para evitar maiores complicações para a mãe e a criança. É possível que esse conhecimento tenha sido apreendido através das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, que também devem incentivar a gestante na criação do vínculo com a maternidade mais próxima, procurando evitar a peregrinação frente ao atendimento, e assim reduzir complicações maternas e neonatais.

Crianças que nascem no tempo ideal, ou seja, com idade gestacional entre 37 a 41 semanas, tendem a ter um desenvolvimento mais saudável do que as prematuras. No entanto, quanto menor a idade gestacional ao nascimento, maiores são a morbidade e mortalidade neonatais. Sendo assim, a prematuridade é a principal causa de óbito neonatal e infantil, representa cerca de 11% dos nascimentos do mundo e está relacionada a diversos fatores de risco: aspectos sociodemográficos, grau de pobreza, idade materna, processos patológicos e características obstétricas, podendo ser passível de prevenção se a causa for detectada precocemente, durante o pré-natal (NOMURA, 2016).

Além desses fatores, é imperativo o combate à elevada prevalência de cesarianas realizadas no Brasil, por meio de políticas governamentais, dos profissionais de saúde e da própria população. Essa conduta, já enraizada na cultura desse país, culmina nos altos índices de partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso. Ademais, somado a todos esses fatores, nos deparamos com a frágil estrutura física e organizacional de muitas maternidades brasileiras que não possuem a mínima condição de oferecer assistência qualificada para esse público, resultando nas altas taxas de mortalidade neonatal.

O aumento da sobrevivência de prematuros, especialmente os de alto risco que são tratados nas UTIn, requer o trabalho de equipe multidisciplinar, bem como o aporte de equipamento específico, para proporcionar a atenção continuada e especializada (PEREIRA *et al.*, 2013; BITTENCOURT *et al.*, 2014). O cuidado ao RN configura-se como desafio aos profissionais de saúde, visto que pode interferir no processo de desenvolvimento infantil e carece de um ambiente que mescle alta tecnologia, profissionais capacitados e humanização (FREIRE *et al.*, 2014).

A despeito de prováveis complicações que possam ocorrer durante a assistência, o QMNC identifica no componente Categorias Práticas, duas subcategorias que versam acerca de intervenções específicas para o manejo adequado de complicações, desde tratamento de infecções durante a gestação até a assistência de crianças prematuras (RENFREW *et al.*, 2014).

Pesquisa desenvolvida no Piauí verificou que 39,6% das parturientes foram admitidas na maternidade com dilatação cervical de até 6 centímetros, o que corresponde a fase ativa do trabalho de parto (RIBEIRO *et al.*, 2016) enquanto que o resultado dessa pesquisa mostrou que 31,7% (110) das mulheres foram admitidas nas maternidades com dilatação cervical de 8 a 10 centímetros, denominada como fase de transição. Diante desses dados, pode-se inferir que a admissão precoce foi pouco evidenciada nos estudos citados, divergindo de outras práticas vivenciadas em algumas maternidades, pois no Rio de Janeiro o percentual encontrado foi de 64,6% e em São Paulo de 35,5% (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A admissão precoce da parturiente no serviço de obstetrícia é considerada quando a mesma se apresenta com uma dilatação cervical superior a centímetros, por isso a conduta em admitir deve ser evitada, por aumentar o tempo de internação da parturiente, submetendo-a ao ambiente hospitalar sem necessidade, o que pode potencializar o número de intervenções desnecessárias e ao parto cirúrgico (SARAIVA *et al.*, 2018). Portanto, é importante que os profissionais de saúde submetam as parturientes à classificação de risco, visando a redução dos casos de admissão precoce.

Quanto às características dos recém-nascidos das mulheres entrevistadas, encontrou-se que a maioria apresentou peso adequado para a idade gestacional (AIG), o que corresponde ao intervalo de 1500-2499 gramas; elevado percentual de índice de Apgar maior que 7 no 5º minuto não precisou de suporte ventilatório.

O índice de Apgar tem sido amplamente e universalmente adotado e utilizado por profissionais de saúde que assistem ao neonato, por ser apontado como marcador de grande utilidade na avaliação de qualidade da assistência ao parto, através da vitalidade do nascimento da criança (SILVA *et al.*, 2017b). Diante disso, encontrou-se que a população de recém-nascidos da presente pesquisa apresentou percentuais de índice de Apgar maior que 7 no 1º e 5º minutos de 84,6% e 95,4%, respectivamente. Percentuais semelhantes foram encontrados em uma maternidade de risco habitual no Rio de Janeiro, cujas mães utilizaram tecnologias não invasivas obtendo elevados percentuais de índice de Apgar maior ou igual a 8, tanto no 1º minuto (93,4%) quanto no 5º minuto de vida (99%) (VARGENS *et al.*, 2017).

Destaca-se que na Maternidade C foi encontrado maior proporção de recém-nascidos com Apgar menor que 7 no 1º minuto de vida. Esse fato pode chamar atenção para a possibilidade de os recém-nascidos terem sido submetidos a intervenções desnecessárias (ALBERS, 2005). Já os recém-nascidos da Maternidade A apresentaram maiores percentuais (98,9%) de Apgar maior que 7 no 5º minuto.

7.6 Análise situacional das maternidades de acordo com a avaliação dos gestores

Os gestores de instituições de saúde que aderem à Rede Cegonha, devem conduzir a assistência de acordo com o que preconiza esta estratégia. O desenvolvimento de ações de planejamento, organização, direção e controle, devem gerenciar recursos humanos, tecnológicos, financeiros, físicos e de informação para o alcance das metas estipuladas no contrato de gestão com as instâncias do SUS (BRASIL, 2011b).

A tabela 5 apresenta as respostas dos gestores acerca dos recursos organizacionais, físicos e humanos das maternidades. Quanto aos recursos organizacionais pôde-se observar

relação significativa com Colegiado Gestor ($p=0,004$), Funcionamento do Colegiado Gestor ($p=0,007$) e Recursos Financeiros ($p=0,030$). Esses dados podem ser justificados pelo fato de haver implantação e funcionamento do colegiado gestor apenas na Maternidade A. Foi observado pela pesquisadora que os gestores da Maternidade C divergiram nas suas respostas acerca da implantação do colegiado gestor. Pode-se inferir que os gestores respondentes da maternidade referida realizam reuniões sobre a gestão hospitalar, mas ainda não seja configurada como parte de um colegiado gestor.

As Maternidades B e C não tinham implantado, até o momento da coleta de dados, o Colegiado Gestor, o que pode ter implicado em respostas divergentes acerca de outros itens, a saber: funcionamento do colegiado gestor, comissão para revisão de prontuário, comissão de ética médica, protocolo de boas práticas, dentre outros. Quando a instituição não dispõe de um colegiado gestor, as tomadas de decisões não são discutidas e partilhadas, dificultando o entendimento para tomadas de decisões assertivas, que provavelmente trarão impactos para os resultados de saúde.

O Colegiado Gestor deve ser entendido como um espaço coletivo com a presença de vários atores que inclui gestores, trabalhadores da saúde e usuários com visões diferentes sobre o mundo e questões voltadas para a saúde, que tem o objetivo de tomar decisões através do gerenciamento participativo, através de pactuações e corresponsabilização (MATOS, 2015). A ausência da gestão de serviços de saúde pode implicar na paralisação ou morosidade de uma prática administrativa que busca otimizar o funcionamento das organizações para que elas sejam eficazes, efetivas e eficientes. Nesse processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços e dos objetivos definidos, por meio avaliações que nem sempre são factíveis.

Além de desempenhar essas atividades, os gestores também são responsáveis por gerir os repasses financeiros que devem estar alinhados com o modelo de atenção e ao planejamento regional, bem como alocar recursos, que deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde, envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado com três gestores de uma maternidade de risco habitual em uma capital do sul do Brasil, mostrou que a gestão reorganizou o Modelo Gerencial através da contratação e integração de novos profissionais, além da adaptação da estrutura física, monitorou metas e indicadores, estimulou a participação da comunidade, capacitou equipes, desenvolveu protocolos e rotinas e promoveu educação em saúde voltada para mulher por meio de

informações a fim de que ela torne-se participativa, autônoma e empoderada nas decisões do seu parto (RABELO *et al.*, 2017).

A Maternidade B não dispunha de comissão de auditoria interna, o que evidencia uma lacuna na avaliação da qualidade dos processos e resultados decorrentes do monitoramento dos registros e história clínica das puérperas. Segundo Silva (2013), a auditoria é uma ferramenta de gestão de caráter educativo e orientador, onde propicia a detecção das distorções que podem ocorrer no processo assistencial, além de propor avaliações e correções da qualidade da assistência ofertada ao usuário. Assim, a auditoria preza pela qualidade do cuidado a partir de resultados favoráveis, apontando para a necessidade do melhoramento dos serviços nos âmbitos da prevenção e correção.

Puérperas internadas em um CPN de uma maternidade no interior de São Paulo foram submetidas a um processo de auditoria clínica que compreendeu três fases: pré-auditoria clínica, implementação de boas práticas e auditoria pós-implementação. Após a implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, a auditoria apontou que o uso de ocitocina prescrito foi reduzido, a deambulação e a massagem durante o trabalho de parto foram os métodos não farmacológicos de alívio da dor mais empregados, a posição litotômica não foi utilizada por nenhuma parturiente e a proporção de mulheres pouco satisfeitas ou insatisfeitas com as condições do períneo diminuiu (CORTÊS *et al.*, 2015). Diante desses resultados, destaca-se a importância da conclusão dos resultados da auditoria para os gestores e profissionais de saúde, além de compreender que a sua realização é fundamental para reorientar e reforçar novas práticas que fortaleçam a qualidade do cuidado materno.

No tocante aos protocolos assistenciais, verificou-se que apenas um gestor da Maternidade B respondeu haver protocolo de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Mais uma vez fica evidente as inconsistências nas respostas dos gestores acerca de alguns itens, podendo ser reflexo da falta de compartilhamento das informações que poderiam ser minimizadas com a implementação do Colegiado Gestor.

Os protocolos assistenciais padronizam, orientam e facilitam as ações dos profissionais, o que favorece a realização de uma assistência de qualidade. A portaria da Rede Cegonha recomenda a existência de protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011b). Apesar da utilização de protocolos ser fundamental para guiar e respaldar a assistência com qualidade, é preciso que a instituição esteja organizada para que eles sejam implantados e reavaliados quando assim forem necessários.

A observação sistemática da pesquisadora desse estudo, por meio do *checklist* apontou adequabilidade para os recursos humanos das três maternidades, podendo inferir que esses profissionais estão aptos a implementarem os protocolos assistenciais; entretanto, é possível que alguns entraves dificultem essa implementação. Nas unidades de saúde de Bangladesh o número insuficiente de profissionais de saúde foi apontando como uma barreira para que os protocolos não fossem utilizados continuamente. Além de não utilizarem como um padrão na assistência, apenas os protocolos de diarreia e tuberculose eram adotados para o manejo dos pacientes, não havendo protocolos para todos os eventos de saúde, especialmente para hemorragia e eclâmpsia (ISLAM *et al.*, 2015).

Situação mais dramática foi encontrada no Iraque, onde os profissionais de saúde não consideravam seu cuidado em obstetrícia seguro e fundamentado na ciência, por não utilizarem protocolos que pudessem direcionar a assistência, além de admitir que os pacientes saiam do hospital com outras infecções e doenças (PIRO *et al.*, 2015). Os gestores devem dispor de treinamentos contínuos para qualificação e capacitação dos profissionais, além de favorecer a construção e implementação de protocolos assistenciais que possam proporcionar mais segurança ao paciente.

Acerca das capacitações, a Maternidade B apresentou menos gestores capacitados em emergência obstétrica, enquanto a tabela 1 mostrou que os obstetras e neonatologistas das maternidades A e B não participaram de nenhuma capacitação no último ano. Diante da necessidade de redução da mortalidade materna e neonatal que ainda perduram no Brasil, de humanização dos partos e a perspectiva de saúde dos recém-nascidos, a capacitação dos profissionais de saúde em emergência obstétrica torna-se fundamental para a qualidade e rapidez do atendimento nos serviços de assistência a saúde da mulher, como as maternidades, que atendem às diversas urgências e emergências obstétricas, e por isso necessitam de uma identificação e intervenção rápida por parte da equipe de saúde.

Além disso, verificou-se nos resultados da tabela 8 que o setor de ACCR não estava implantado nas maternidades B e C. Sem o serviço implantado é possível inferir que os enfermeiros não tenham capacitação acerca dessa prática. Segundo a portaria nº 2.048 (2002), o acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de nível superior, devidamente capacitado com treinamento específico, bem como deve basear sua avaliação a partir de protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2002). Ademais, de acordo com a Resolução nº 423 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do profissional enfermeiro (COFEN, 2012).

Diante do exposto, ficou evidente, de acordo com as respostas dos gestores acerca da estrutura física, organizacional e de recursos humanos, que as maternidades investigadas precisam avançar em algumas áreas importantes para que possa oferecer com segurança e qualidade a assistência à mulher e ao recém-nascido da qual a Rede Cegonha busca proporcionar. Além disso, considerando o papel estratégico dos gestores e sua importância no processo de gestão, torna-se fundamental a qualificação contínua desses sujeitos para o avanço na qualidade do cuidado.

A discussão a seguir contemplou mais detalhadamente algumas variáveis de satisfação avaliadas pelas puérperas acerca dos recursos investigados nesse estudo.

7.7 Perfil e o grau de satisfação das puérperas

Com relação à satisfação de acordo com o perfil sociodemográfico e obstétrico, percebeu-se que os recursos humanos foram bem avaliados na percepção das puérperas. A Tabela 7 mostrou resultados da associação entre o número de consultas de pré-natal e a satisfação das puérperas acerca dos recursos humanos na maternidade, onde apontou que as mulheres que realizaram menos de seis consultas relataram maior nível de satisfação quanto aos recursos humanos. As mulheres no presente estudo que tiveram intercorrências na gravidez durante o pré-natal também relataram satisfação com os recursos humanos.

Apesar de não haver um consenso quanto ao número de consultas no pré-natal, o Ministério da Saúde e o PHPN recomendam o mínimo de seis consultas de pré-natal, com acompanhamento intercalado entre enfermeiro e médico (BRASIL, 2013b). A adequada assistência pré-natal pode evitar importantes desfechos negativos para a mãe e o recém-nascido, especialmente quando a assistência tem início precoce.

Diante desse contexto, é possível que mulheres com menos consultas realizadas durante o pré-natal tenham tido menos oportunidades de receber informações importantes para um acompanhamento clínico adequado, e sobre como exercer o seu protagonismo e autonomia tão importantes na sua experiência parturitiva. Ademais, quando a assistência é escassa as intercorrências na gravidez não são acompanhadas de forma efetiva, podendo refletir na determinação dos resultados maternos e neonatais (VIELLAS *et al.*, 2014). Infere-se que durante a assistência obstétrica, essas mulheres apresentem maiores expectativas no atendimento dos profissionais de saúde, devido às necessidades não supridas no decorrer do pré-natal. Além disso, diante do investimento das políticas de saúde em prol da assistência obstétrica, os profissionais tendem a estar cada vez mais qualificados, atendendo às

recomendações dos programas e políticas do governo e elevando o nível de satisfação das puérperas na avaliação dos serviços.

Assim, a enfermagem obstétrica tem desempenhado um papel importante nos cuidados humanísticos às mulheres, respeitando os aspectos de sua fisiologia, reconhecendo aspectos sociais e culturais da família e oferecendo suporte emocional facilitador de vínculo entre mãe e bebê. As enfermeiras obstetras são consideradas, pela OMS, as profissionais mais apropriadas ao acompanhamento das gestações e partos normais por possuírem características menos intervencionistas em seu cuidado ao respeitar a fisiologia do nascimento (WHO, 1996). No Reino Unido, as *midwives* são regulamentadas e qualificadas de acordo com padrões internacionais para desempenharem os cuidados nos sistemas de saúde nas linhas de base, assistindo as mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério de gestantes de risco habitual (HOMER *et al.*, 2014). Mulheres que foram assistidas na perspectiva de um cuidado contínuo e lideradas pela enfermeira obstetra eram menos propensas a ser submetidas a analgesia, a episiotomia e a terem um parto prematuro; e portanto, eram mais propensas a terem parto vaginal espontâneo e apresentar maior satisfação ao modelo de cuidado que a assistia (SANDALL *et al.*, 2010).

7.8 Satisfação global das puérperas

As instituições de saúde estão cada vez mais reconhecendo a importância da satisfação do paciente para avaliar a qualidade em saúde, tornando-se assim um indicador significativo ao direcionar ações que melhorem desde aspectos estruturais até o cuidado prestado. Por conseguinte, é importante explorar a satisfação em serviços de saúde e quais as principais dimensões e variáveis que podem influenciar esta avaliação.

A satisfação do paciente é definida como a reação de um indivíduo sobre os aspectos mais salientes de seu atendimento hospitalar. É uma resposta comportamental que ocorre quando a avaliação cognitiva de um indivíduo, com relação a aspectos de cuidados, atende ou excede às normas subjetivas e pessoais (GREENSLADE; JIMMIESON, 2011).

A avaliação da satisfação global das puérperas (Tabela 6) desse estudo, segundo a adequação dos recursos para a qualidade da assistência, evidenciou maiores satisfações quanto aos recursos humanos na Maternidade A (74,6%) e maiores insatisfações na Maternidade C (89,4%). No que diz respeito aos recursos físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos verificou-se que as puérperas estavam satisfeitas em todas as maternidades. Estudo realizado em Fortaleza, corrobora com os dados da pesquisa, onde aponta que as condições físicas da maternidade corresponderam às expectativas de 78,3% das puérperas (FREIRE *et al.*, 2017).

Dados divergentes foram encontrados em estudo realizado no município de Natal, onde a maioria das mães não sentiu satisfação com a estrutura física, referindo falta de privacidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Quando os dados acerca da satisfação global das puérperas foram confrontados com os dados coletados no *checklist*, através da observação da pesquisadora, percebeu-se divergência entre o que as maternidades disponibilizavam para cada recurso estudado e como esses recursos foram percebidos por quem os utilizou. De acordo com os registros do *checklist*, apresentados no gráfico 1, os recursos físicos (46,1%) e os recursos materiais, de equipamentos e medicamentos (66,6%) foram avaliados como inadequados; porém como visto nos dados acima, as puérperas disseram estar satisfeitas com tais recursos. Já os recursos humanos foram avaliados com 84,7% de adequação pelo *checklist*.

É interessante destacar que todas as avaliações de satisfação global realizadas com as puérperas da Maternidade B, não convergiram com os dados observados por meio do *checklist*. Metade das puérperas dessa maternidade estavam insatisfeitas com os recursos humanos, mas verificou-se altos níveis de satisfação quanto aos outros recursos. Porém, segundo os dados revelados pelo gráfico 2, os recursos humanos foram o único avaliado como adequado (91,28%), enquanto os recursos físicos (54,2%) e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos (68,7%) foram classificados como inadequados. Diante desses achados, a satisfação com o parto e puerpério pode estar relacionada à expectativa de como a parturiente será recebida, a sua relação com os profissionais, que podem através do seu apoio, minimizar a ansiedade e estimular a autonomia e individualidade da mulher (D'ORSI *et al.*, 2014).

Por outro lado, sabe-se que o sistema público de saúde no Brasil, há alguns anos vem sendo sucateado pelo governo, que por sua vez, tem a obrigação de disponibilizar serviços de saúde com boa estrutura física e organizacional, com recursos humanos qualificados para que seja ofertada à população assistência segura e de qualidade.

Diante dessa realidade, espera-se que os usuários manifestem mais insatisfação com os serviços que lhes são oferecidos. Entretanto, por receio de perder o direito ao serviço e sofrer violência institucional, os usuários tendem a expressar alta satisfação quando indagados sobre aspectos dos serviços públicos de saúde, caracterizando-se como viés de gratidão por omitir questionamentos e críticas negativas relacionadas ao serviço. Ademais, a falta de informação e conhecimento podem gerar baixa expectativa quanto ao atendimento, e assim influenciar na elevada satisfação como resposta disfarçada (ATKINSON; MEDEIROS, 2009).

As análises do QMNC sugerem que a enfermeira pode contribuir para prestar um atendimento de qualidade, especialmente nas três primeiras categorias do componente

Categorias práticas, procurando adaptar as necessidades das mulheres ao cuidado prestado e reforçando as suas capacidades para autonomia e escolhas conscientes (RENFREW *et al.*, 2014).

7.9 Satisfação das puérperas com a qualidade da assistência ao parto

Dentre os itens avaliados que representaram os recursos humanos, o tempo de espera para o atendimento na recepção apresentou satisfação (80,9%) de acordo com as puérperas das três maternidades, correspondendo em média, 30 minutos. A Rede Cegonha aborda como uma de suas principais diretrizes o Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada dos serviços de urgência de obstetrícia, onde recomenda que o tempo médio de espera do final da classificação de risco ao atendimento médico por prioridade clínica é de 240 minutos (BRASIL, 2014).

Pesquisa realizada acerca da avaliação da satisfação dos usuários evidenciou que 65,7% demonstraram satisfação em relação ao tempo de espera entre a chegada e o término do atendimento, corroborando com os resultados dessa pesquisa (PEREIRA *et al.*, 2013).

Entretanto, resultados divergentes foram encontrados em outro estudo, demonstrando insatisfação das puérperas com o tempo de espera, possivelmente devido a uma grande demanda frente à capacidade de atendimento da instituição e o número de profissionais disponíveis (SILVA *et al.*, 2017c). Portanto, é fundamental que haja uma melhor distribuição dos usuários dentro das redes de atenção à saúde para que o atendimento seja garantido e eficaz, bem como mais contratação de profissionais qualificados para o atendimento à essa população.

Os componentes do QMNC estão interligados para oferecer às mulheres, crianças, comunidade e aos profissionais de saúde direcionamentos para que o cuidado seja ofertado com integralidade e qualidade. Assim, o componente valores traz no seu escopo o respeito que deve permear as relações dos sujeitos implicados no cuidado, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RENFREW *et al.*, 2014).

As puérperas da Maternidade C mostraram-se insatisfeitas por não serem apresentadas à equipe de saúde, apontando que as chances de isso acontecer era de 18,6 (IC95% 9,3-36,9) vezes maiores do que entre as puérperas da Maternidade A. Ademais, ser apresentada à equipe de saúde associou-se estatisticamente com as Maternidades A e C. Reconhecer a Categoria profissional foi um item que não apresentou relevância estatística, porém obteve maior insatisfação (56,2%) evidenciada pelas puérperas das três maternidades.

Ser apresentada à equipe de saúde e a partir daí, reconhecer o profissional que está prestando assistência, pode ser o primeiro passo para que vínculos sejam firmados, em uma

relação baseada na confiança. Os profissionais de saúde responsáveis pela assistência às mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério devem prezar por um relacionamento fundamentado nos preceitos da humanização, que inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados à identificação do profissional aos usuários, para que estes conheçam o profissional que irá atendê-lo, além da oferta de suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação de laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Estudo realizado em um hospital no Rio Grande do Sul observou que os profissionais da equipe de enfermagem não se identificavam ao atender a gestante e sua família, o que contribuiu para que as categorias profissionais não fossem identificadas (SANTOS *et al.*, 2016).

O ACCR é uma diretriz da PNH, além de ser garantido pela RC por meio da condução à tomada de decisões dos profissionais de saúde, a partir da escuta ativa e qualificada, associada à avaliação clínica subsidiada em protocolos e fundamentada em evidências (BRASIL, 2009; 2014). Por ainda não haver sido implantado, o ACCR obteve menores satisfações nas Maternidades B e C. Esse resultado pode apontar para uma situação equivocada por parte das puérperas atendidas nessas maternidades, ao afirmarem que foram submetidas ao ACCR no momento da admissão, demonstrando a falta de conhecimento, bem como a falta de esclarecimento por parte dos profissionais de saúde durante a assistência.

As maternidades que não implantaram esse serviço, não possibilitaram atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, o que pode resultar em situações de ameaça à vida (BRASIL, 2014). Por isso, quando realizada a *Odds Ratio* constatou-se que a Maternidade B apresentou 120 vezes mais chance das puérperas não serem classificadas através do ACCR e a Maternidade C apresentou 44,6 vezes mais chance com relação a Maternidade A que possuía esse serviço em funcionamento.

A implantação do ACCR requer estrutura física adequada, recursos materiais suficientes e recursos humanos qualificados. Estudo realizado em uma maternidade-escola em Recife – PE com 377 usuárias e seis enfermeiros, indicou que 33% dos enfermeiros foram previamente treinados para executar o acolhimento com classificação de risco e relataram que o serviço enfrentou dificuldades como: falta de material informativo, banners e pulseiras para sinalização da gravidade das pacientes (FIGUEIROA *et al.*, 2017). O profissional indicado para oferecer a classificação de risco é o enfermeiro por meio do fluxograma do MS (BRASIL, 2009), que o subsidia a realizar avaliações clínicas, considerando os fatores de risco e possibilitando o atendimento por prioridade clínica (BRASIL, 2014).

A possibilidade em fazer perguntas e receber orientações se associou estatisticamente com as Maternidades A e C, entretanto, apenas as puérperas da Maternidade C demonstraram

menor satisfação com os itens em questão. Ressalta-se que os mesmos se referem à oportunidade que as usuárias vivenciaram durante todos os momentos da internação. Quanto à *Odds Ratio* pode-se concluir que as chances das puérperas da Maternidade C não ficarem satisfeitas por não terem a possibilidade em fazer perguntas e não receberem orientações são de 8,2 e 5,2, respectivamente, quando comparadas às puérperas da Maternidade A.

Ao avaliar a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar em Pernambuco, 29,8% das gestantes mostraram-se insatisfeitas quanto à possibilidade em fazer perguntas e receber orientações (SILVA *et al.*, 2017b). Outra pesquisa verificou a percepção das puérperas adolescentes sobre a assistência recebida pela equipe de saúde durante o pré-natal e o parto e constatou que as entrevistadas relataram satisfação com a assistência por terem recebido orientações principalmente, no período expulsivo o que contribuiu para amenizar os medos diante do parto (LUZ *et al.*, 2015).

Para que a assistência esteja alicerçada nas diretrizes da humanização é preciso haver mudanças na oferta de cuidados por parte dos profissionais de saúde, na busca da qualidade centrada nas necessidades de cada puérpera. De acordo com o QMNC, não basta saber o que foi feito, enquanto cuidado, mas principalmente, como e por que foi feito (SYMON *et al.*, 2016b). Portanto, ao se deparar com uma mulher em trabalho de parto ou no puerpério, é preciso que os vínculos estejam criados, permitindo que o profissional direcione a sua assistência de forma individualizada, consciente de como e por que determinada intervenção está sendo implementada.

Quanto aos recursos físicos, as puérperas que demonstraram maior satisfação estavam internadas nas Maternidades A e B, com maior número de itens avaliados acima de 90%. Os itens que compuseram esse domínio foram: Sala de admissão, Local de internação, Acompanhante durante o parto, Acompanhante durante o trabalho de parto, Banheiros adequados, Limpeza adequada, Local do acompanhante adequado e Privacidade respeitada.

A Sala de admissão, o Local de internação e ter direito ao Acompanhante durante o parto e pós-parto foram itens satisfatórios segundo a avaliação das puérperas das Maternidades A e B, com associação estatisticamente significativa na Maternidade A, em detrimento à insatisfação na Maternidade C.

Observou-se que na Maternidade A existia uma entrada reservada para as gestantes de risco habitual e de alto risco, permitida pela Rede Cegonha por ter um CPN intra-hospitalar. Porém nas Maternidades B e C, as gestantes tinham acesso ao setor de obstetrícia pela emergência do hospital, sendo entrada comum para usuários de outras especialidades. Todas as maternidades contavam com uma sala de admissão para as gestantes, mas as Maternidades B e

C não realizavam o ACCR proposto pela política do MS, o que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado.

A sala de admissão é a porta de entrada para as gestantes que chegam à maternidade. A estrutura física desse setor deve estar preparada para acolher as gestantes no momento de um possível internamento que consta de alguns procedimentos: solicitação da documentação da gestante, informação sobre a possibilidade do acompanhante, orientação quanto às normas e rotinas, realização de exames gineco-obstétricos e encaminhamento para o ACCR, para posteriormente ser ou não internada na maternidade. Além da ambiência adequada, a qualificação dos profissionais de saúde é fundamental para que condutas seguras sejam tomadas durante esse primeiro contato com as gestantes. De acordo com o PHPN, para que a realização das atividades seja garantida no momento da admissão, é necessário dispor adequadamente de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos (BRASIL, 2002).

O local de internação para o parto deve ser informado durante as consultas de pré-natal, considerando se o mesmo é de risco habitual ou de alto risco, para encaminhar a mulher ao serviço apropriado, evitando a peregrinação em busca de atendimento. Apesar da satisfação com o local de internação demonstrada pelas puérperas, 43% (148) foram orientadas durante o pré-natal quanto à maternidade de referência que teriam os seus filhos e 14,9% (52) não foram internadas na primeira maternidade que buscou atendimento. Os achados supracitados se assemelham aos encontrados na pesquisa Nascido no Brasil realizada com 23.940 puérperas, onde 58,7% foram informadas sobre a maternidade de referência para o parto e 16,2% procuraram mais de um serviço para o local de internação para o parto (VIELLAS *et al*, 2014).

Desde 2005 é assegurado por lei a mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005a), além de ser um direito reconhecido e garantido pela Rede Cegonha. Entretanto, esse direito ainda não é usufruído com totalidade, devido a algumas questões, entre elas: a resistência da equipe de enfermagem, e, principalmente, a do médico; a falta de apoio das instituições na elaboração e implementação de estratégias para inserir o acompanhante; a insuficiência de recursos humanos, materiais e espaço físico limitado.

Na presente pesquisa, as puérperas da Maternidade C demonstraram menor satisfação (67,9%) por não ter sido ofertado a elas um acompanhante durante o parto, além disso foi possível afirmar que as chances dessas mulheres não estarem satisfeitas por não terem um acompanhante durante o parto foi 27,8 vezes maior que as puérperas atendidas na Maternidade A. Durante a pesquisa, esses resultados tornaram-se coerentes diante da estrutura física

encontrada na Maternidade C, pois ainda não dispunha de quartos PPP, o que poderia facilitar a inserção do acompanhante.

Estudo realizado com dados da pesquisa Nascer no Brasil apontou fatores da estrutura hospitalar associados com as maiores chances de ausência total de acompanhantes como: não ter cadeira para acompanhante (OR=3,4) ou apenas para alguns leitos (OR=2,0), não haver uma política de permissão de acompanhantes (OR=4,1), não ser Hospital Amigo da Criança (OR=2,3), não ter um prêmio Galba Araújo (OR=4,1) e nunca ter se candidatado a este prêmio (OR=3,9) (DINIZ *et al*, 2014).

Entre as puérperas das maternidades do estudo, 94,2% mostraram-se satisfeitas quanto a ter um acompanhante no pós-parto; mas ainda assim, as chances das puérperas da Maternidade C sentirem-se insatisfeitas por não terem acompanhante durante esse período foi 16,1 vezes maior que as puérperas da Maternidade A. O estudo desenvolvido por Diniz *et al* (2014), apontou que 36,9% das mulheres tiveram acompanhante no pós-parto imediato e 61,3% no pós-parto, compreendendo o apartamento ou a enfermaria do alojamento conjunto. Muitos são os benefícios que a presença do acompanhante traz para a mulher durante a internação na maternidade, podendo ser considerado um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos seus direitos durante a assistência (RANCE *et al*, 2013).

Quanto ao local destinado ao acompanhante constatou-se que os resultados apontaram maior insatisfação para as três maternidades. A Rede Cegonha recomenda que os acompanhantes tenham acomodação adequada, devendo oferecer condições favoráveis para o desempenho pleno de seus papéis. Porém, observou-se que os acompanhantes estavam mal acomodados, contrariando essa recomendação, pois os mesmos se acomodam em cadeiras plásticas e bancos de madeira, ao invés de poltronas. Os serviços nos quais as mulheres tiveram acompanhante durante todo o período de internação foram os que apresentavam estrutura mínima de alojamento e que ofereciam privacidade mínima para as mulheres durante a sua estadia (DINIZ *et al*, 2014).

Portanto, a privacidade também é um elemento defendido pela PNH, estando inserido no conceito de ambiência hospitalar, o qual trata da qualidade deste ambiente (BRASIL, 2010c). Apesar desse item ter sido avaliado pelas puérperas com grande satisfação (92,2%), foi observado durante a pesquisa problemas de adequação na estrutura hospitalar, em especial no alojamento conjunto que não disponibilizava biombos ou divisórias que pudessem assegurar privacidade da paciente, diante de algum procedimento de avaliação ou intervenção. Frente à essa informação, pode-se inferir que fatores ligados ao baixo perfil sócioeconômico e à falta de

informação das mulheres pode favorecer a não percepção da violência institucional da qual elas estão sofrendo.

Quanto aos Equipamentos adequados (93,6%) e Medicamentos (99,1%) constatou-se avaliação satisfatória das puérperas nas maternidades A, B e C. Entre os itens avaliados desse recurso, Equipamentos adequados apresentou associação estatisticamente significativa para a Maternidade C ($p < 0,003$). As puérperas, de um modo geral, demonstraram satisfação quanto a esses itens, tanto nas salas de partos e quartos PPP quanto nos alojamentos conjuntos, e pode-se afirmar que essa situação é privilegiada quando comparada à relatada em outros estudos realizados no Brasil e em outros países subdesenvolvidos, onde a falta de equipamentos e medicamentos mostrou-se rotineira (ARAÚJO *et al*, 2011; COSTA *et al*, 2004; HULTON *et al*, 2007; LEAL *et al*, 2002; MAGLUTA *et al*, 2009). Vale salientar que a avaliação das puérperas esteve ligada à percepção que elas tiveram durante a internação, considerando que as suas necessidades foram atendidas quando precisaram de algum medicamento ou equipamento que pudesse promover o seu conforto.

7.10 Satisfação das puérperas segundo os recursos humanos, físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos com os desfechos perinatais.

A perspectiva da maioria das mulheres em relação à assistência durante o parto e puerpério é baseada desde o momento do acesso à maternidade e à forma como foram acolhidas, até a atenção dispensada pelos profissionais de saúde. A estrutura física e organizacional da maternidade são aspectos que podem constituir a satisfação do atendimento, tornando-se uma importante ferramenta para a avaliação da qualidade dos serviços. Vale destacar que a qualidade da experiência vivenciada pelas parturientes também pode influenciar os resultados maternos e neonatais, uma vez que a ansiedade durante o parto está associada com altos níveis de adrenalina, padrões de frequência cardíaca fetal anormal, diminuição da contratilidade uterina, aumento na duração da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de Apgar (PINTO *et al.*, 2017).

De uma forma geral, a Tabela 9 mostrou que a maioria das puérperas estava satisfeita quando se associou a disponibilidade dos recursos humanos, físicos e materiais e os desfechos perinatais, principalmente aquelas que tiveram seus filhos à termo, com peso adequado para a idade gestacional, com Apgar dentro da normalidade, sem necessidade de suporte ventilatório e reanimação. Quando a assistência aponta resultados positivos é compreensível evidenciar maior satisfação dentre as usuárias.

Os dados apontaram baixos níveis de satisfação dentre as puérperas das quais os seus filhos necessitaram de assistência mais especializada decorrente de prematuridade e/ou baixo peso. A satisfação da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, depende de fatores como, a valorização de suas emoções e de suas necessidades e da atenção que os profissionais de saúde dispensam a ela e ao bebê (CAMPOS, 2015).

A avaliação dos recursos humanos, por meio do *checklist*, foi adequada em todos os setores das maternidades, o que se pode inferir que mesmo diante de uma estrutura física precária e a inexistência de alguns equipamentos para a assistência neonatal, em especial nas unidades de cuidados intermediários e intensivos, a presença do profissional de saúde, na condução da assistência e oferta de apoio e informação à família, pode ser o suficiente para que os familiares sintam-se satisfeitos com os cuidados prestados aos recém-nascidos. Além disso, não se espera que as puérperas tenham a real compreensão do que seria uma estrutura física adequada e quais os equipamentos e medicamentos necessários para o cuidado do RN, tendo em vista que são recursos muito específicos e de alta tecnologia.

Estudos corroboram que o principal vínculo entre o usuário e o hospital ocorre por meio da equipe de Enfermagem, por se constituir como o maior grupo de profissionais de saúde, o qual mantém um contato ininterrupto com o paciente, promovendo a manutenção, a recuperação e a reabilitação da saúde por meio do cuidado de enfermagem (AIKEN *et al.*, 2011; HOLLANDA *et al.*, 2012). Foi identificado na UTIn de um hospital público regional, localizado no estado de Santa Catarina que os pais dos RNs se sentiam contentes e menos ansiosos quando os profissionais de saúde transmitiam informações acerca da internação dos seus filhos (FRIGO *et al.*, 2015). Tal fato enfatiza a importância da atuação dos profissionais em detrimento da não consonância da ambiência e dos insumos disponibilizados.

Sendo assim, é importante resgatar algumas características estruturais das maternidades voltadas à assistência ao RN, durante a coleta de dados. Na sala de parto ou quartos PPP, as três maternidades estavam adequadas quanto aos recursos humanos e materiais, de equipamentos e medicamentos; entretanto, a estrutura física encontrou-se inadequada. De modo geral, as UTIn estavam adequadas para todos os recursos. As UCINCo apresentaram-se adequadas quanto aos recursos humanos; enquanto nenhuma maternidade apresentou-se adequada para os recursos físicos. Diante do exposto, são identificadas lacunas de adequação em alguns recursos nos diversos setores investigados, comprometendo a qualidade do cuidado, o que serve de alerta para a necessidade da melhoria dos recursos necessários para prestar uma melhor assistência a essas crianças em um momento em que estão mais vulneráveis.

Castro *et al.* (2016), avaliaram 19 maternidades públicas de nove capitais na região Nordeste, acerca dos recursos físicos, humanos e de equipamentos e observaram que a mortalidade no primeiro dia de vida dos recém-nascidos de muito baixo peso foi mais de duas vezes maior nos hospitais com pior infraestrutura quando comparados com os que contavam com melhores condições. Ainda se verificou forte associação do Apgar no 5º minuto < 7 com o óbito nas primeiras 24 horas de vida.

Apesar das puérperas demonstrarem satisfação diante dos recursos avaliados, o *checklist* apontou algumas inadequações acerca da infraestrutura das maternidades, evidenciando que a precariedade da ambiência e de alguns materiais e equipamentos essenciais podem potencializar a mortalidade neonatal.

8 CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados e considerando objetivo proposto de verificar a adequabilidade da estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela Rede Cegonha, conclui-se que diante de uma avaliação global realizada nas três maternidades, os recursos físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos foram classificados como inadequados. Chama-se também a atenção para os recursos físicos por ter apresentado uma avaliação muito baixa. Portanto, a hipótese de que as maternidades habilitadas pela Rede Cegonha no estado do Ceará atendem os padrões de qualidade na estrutura física e organizacional foi refutada. Entretanto, no que se refere aos recursos humanos, estes se encontravam adequados em todas as maternidades, repercutindo positivamente na satisfação materna.

Os resultados apontaram que a Maternidade A foi considerada adequada para os recursos humanos e recursos materiais de equipamentos e medicamentos. Quanto aos recursos físicos o setor mais comprometido foi o alojamento conjunto. A falta de privacidade, enfermarias com muitos leitos e a inexistência de banheiros dentro de cada quarto/enfermaria contribuiu para a inadequação desse setor. Tais fragilidades apresentadas na infraestrutura interferem diretamente na qualidade da assistência oferecida. Nesse sentido, é preciso proporcionar para a puérpera um ambiente acolhedor que atenda às suas necessidades. Essa perspectiva favorece a integralidade do cuidado e promove o bem-estar da mulher, bem como dos profissionais de saúde.

Quanto às Maternidade B e C, os recursos físicos e materiais, de equipamentos e medicamentos foram classificados como inadequados. A UTIn foi o único setor avaliado como adequado para os recursos físicos de ambas as maternidades. Entretanto, ressalta-se que a Maternidade C foi avaliada com muitas fragilidades na maioria dos setores, especialmente no que concerne aos recursos físicos. De acordo com o componente organização do cuidado do QMNC, os recursos devem estar adequados e disponíveis para atender às necessidades da mulher e do seu filho a partir da perspectiva do cuidado continuado.

Com relação à função e qualificação dos profissionais das maternidades investigadas, identificou-se que grande parte dos profissionais que desempenhava a função de gestores era enfermeiro, com maior evidência na Maternidade A. Ademais, essa categoria destacou-se como maioria, em todos os outros itens avaliados acerca da qualificação. Os enfermeiros foram os profissionais que mais se capacitaram no último ano, apresentaram experiência em gestão e se especializaram.

As características sociodemográficas das puérperas revelou que a maioria se encontrava com menos de 35 anos, com companheiro estável, com o Ensino Médio completo, sem atividade laboral remunerada e com residência distante das maternidades que foram atendidas.

No que se refere às características obstétricas, identificou-se que a maioria da amostra é primípara, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e realizou 6 ou mais consultas durante a gestação. As condições obstétricas das mulheres durante o exame de admissão nas maternidades, revelou que a maioria foi considerada com idade gestacional a termo, na fase de transição de trabalho de parto, com o colo uterino pérvio, entre 5 e 7 centímetros e membranas amnióticas íntegras. A caracterização referente aos recém-nascidos, revelou que a maioria apresentou peso normal, índice de Apgar no quinto minuto de vida superior a 7 e nenhum RN precisou ser transferido.

Diante das informações prestadas pelos gestores acerca da estrutura física e organizacional das maternidades, pôde-se observar fragilidades importantes nas Maternidades B e C, certamente pela inexistência do Colegiado Gestor, que compromete o processo de planejamento de ações, monitoramento e avaliação, impossibilitando o compartilhamento dos problemas e proposição de soluções conjuntas.

Acerca do grau de satisfação global, os resultados demonstraram que as puérperas atendidas na Maternidade A estavam satisfeitas com todos os recursos. Enquanto que as puérperas da Maternidade C tiveram um alto nível de insatisfação quanto aos recursos humanos.

A associação das variáveis obstétricas com o grau de satisfação das puérperas apontou que as mulheres que realizaram menos de 6 consultas de pré-natal e apresentaram alguma intercorrência na gravidez mostraram-se satisfeitas quanto aos recursos humanos das maternidades avaliadas. O baixo número de consultas durante o pré-natal diminui a oportunidade de gestantes estarem mais informadas, o que a faz chegar na maternidade carente de informações e orientações, requerendo dos profissionais um cuidado mais direcionado (FREIRE, *et al.*, 2017).

Acerca de uma avaliação mais detalhada da satisfação, foi evidenciado insatisfação, especialmente das puérperas da Maternidade C com o ACCR, com o fato dela não ser apresentada à equipe de saúde, de não ter oportunidade de fazer perguntas e de não receber orientações. Percebeu-se que a maioria das puérperas se mostrou satisfeita com o tempo de espera nas três maternidades. Quanto aos aspectos avaliados nos recursos físicos, verificou-se que as puérperas internadas na Maternidade C estiveram menos satisfeitas quanto a não disporem do acompanhante durante o parto, o Local de internação e a Sala de admissão.

Destaca-se que as entrevistadas das Maternidades A, B e C demonstraram baixa satisfação com o local destinado para o acompanhante. Apesar dessas maternidades apresentarem fragilidades na infraestrutura adequada, a privacidade foi um item onde as puérperas demonstraram mais satisfação. Os recursos materiais, de equipamentos e medicamentos também foram avaliados pelas puérperas como satisfatórios.

No tocante à associação entre a satisfação das puérperas e os desfechos perinatais, percebeu-se que haviam mulheres mais satisfeitas do que insatisfeitas.

Conclui-se, portanto, que as maternidades habilitadas pela Rede Cegonha no Estado do Ceará não atendem aos padrões de qualidade na estrutura física e organizacional, especialmente nos recursos físicos e recursos materiais, de equipamentos e medicamentos. Esses padrões repercutem com variância no grau de satisfação materna e nos indicadores perinatais, visto que as puérperas da Maternidade C não estavam satisfeitas com os recursos humanos.

Como recomendação, sugere-se para pesquisas futuras a realização de estudos onde os dados permitam analisar através de associações, as evidências encontradas nas maternidades acerca dos recursos e a percepção dos usuários dos serviços. Além disso, pode-se sugerir estudos de intervenção que abordem fragilidades factíveis de serem amenizadas, especialmente, àquelas que envolvam os recursos humanos.

Assim, acredita-se que a presente pesquisa contribui para a melhoria da assistência através da identificação das lacunas acerca dos recursos investigados. Novos direcionamentos podem ser adotados com planejamento de metas e avaliação dos gestores, profissionais de saúde e usuários, a fim de melhorar os indicadores e resultados e saúde.

As limitações desse estudo incluem a ausência de um instrumento de avaliação e classificação de escores padronizados e alinhados com as recomendações da Rede Cegonha. Além disso, mesmo reconhecida a importância em identificar a satisfação dos usuários em prol da qualidade do cuidado e dos serviços, é preciso compreender que essa avaliação é subjetiva e sofre influências sociais, econômicas e culturais. Considera-se outra limitação a literatura escassa acerca do referencial teórico adotado nesta pesquisa, pois o mesmo tem uma construção recente e certamente ainda pouco explorada, o que dificultou uma discussão mais aprofundada dos dados.

REFERÊNCIAS

ACOG Committee Opinion N°. 468: Influenza vaccination during pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. **Obstet Gynecol**, v.116, n.4, p. 1006-1007, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; CLARKE, S.; POGHOSYAN, L.; CHO, E.; YOU, L., et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **Int J Qual Health Care**, v.23, n.4, p. 357-364, 2011.

ALBERS, L. L. Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. **Birth**, v.32, p. 67-68, 2005.

ALIO A. P., LEWIS, C. A.; SCARBOROUGH, K.; et al. A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.13, n.60, 2013.

ALVES, M. T. S. S. B.; SILVA, A. A. M, organizadores. **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís: Gráfica universitária da Universidade Federal do Maranhão; 2000.

AMENGUAL, M. L. B.; CANTO, M. E.; BERENGUER, I. P.; POL, M. I. Revisão Sistemática do perfil de usuárias de contracepção de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24; e2733, 2016.

ARAÚJO, B. F.; ZATTI, H.; OLIVEIRA FILHO, P. F.; COELHO, M. B.; OLMÍ, F. B.; GUARESI, T. B.; et al. Effect of place of birth and transport on morbidity and mortality of preterm newborns. **Jornal de Pediatria**, v.87, n.3, p.257-262, 2011.

ARAÚJO, K. R. S.; CALÁCIO, I. A.; RIBEIRO, J. F.; FONTENELE, P. M.; MORAIS, T. V. Perfil sócio-demográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.3, p. 2739-2750, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. Em: <<http://www.apeb.org>> 2015.

ATKINSON, S.; MEDEIROS, R. L. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. **Soc Sci Med**, v.68, n.11, p. 2089-2096, 2009.

AUSTIN, A.; LANGER, A.; SALAM, R. A.; et al. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. **Reproductive Health**. v.11, Suppl 2, 2014.

AZIATO, L.; ODAI, P. N. A., OMENYO, C. N. Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among post-partum women in Ghana. **BMC Preganancy and Childbirth**. v.16, p.138, 2016.

BACKES, M. T. S.; RIBEIRO, L. N.; AMORIM, T. S.; VIEIRA, B. C.; SOUZA, J.; DIAS, H. H. Z. R.; et al. Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras. **Atas CIAIQ**, v.2, 2017.

BARBOSA DA SILVA, F. M.; KOIFFMAN, M. D.; OSAVA, R.H.; JUNQUEIRA, S. M. V. O.; GONZALEZ RIESCO, M. L. Centro de parto normal como estratégia de incentivo del parto normal: estudo descritivo. **Enferm Glob.**, v.14, p.1-13, 2008.

BARBOSA, E. M.; de OLIVEIRA, A. S. S.; de GALIZA, D. D. F.; de BARROS, V. L.; de AGUIAR, V. F.; MARQUES, M. B. Perfil sóciodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Rev. Rene**, v.18, n.2, p. 227-233, 2017.

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na pratica da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, v.37, n. 96, p. 130-138, 2013.

BHUTTA, Z. A.; CHOPRA, M.; AXELSON, H.; et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **The Lancet**, Reino Unido, v. 375, n. 9730, p. 2032- 2044, 11 jun. 2010.

BITTENCOURT, S. D. A.; REIS, L. G. C.; RAMOS, M. M.; RATTNER, D.; RODRIGUES, P. L.; NEVES, D. C. O.; et al. Estruturas das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, 30 Sup: S208-219, 2014.

BITTENCOURT, S. D. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; REIS, L. G. C.; RAMOS, M. M.; LEAL, M. C. Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, v.13(Supple 1), p. 120, 2016.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº569** de 1º de junho de 2000 – Dispõe sobre o Programa de Humanização do Parto: pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 11.108.** Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005.** Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei n) 11.108, de 07 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (Brasília), 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada.** Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Visita aberta e direito à acompanhante.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279,** de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2ª ed. Brasília: 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha.** Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011.** Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011d. 204p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde, 444p, 2012a.

_____. Ministério da Saúde [Internet]. **Indicadores de mortalidade: C.3 razão de mortalidade materna**, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual Instrutivo – Anexo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília (DF): 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema único de Saúde. 2012f.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020**, 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   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de maio de 2013, n  103, se o 1, 72p., 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1.ed.rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,  rea Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.  rea Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério das Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, v.47, n.32, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n  11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS), para o atendimento   mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede

Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF, 2015b

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2068, de 11/10/2016** sobre diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto. Diário Oficial da União, 2016 out 24; nº 204, seção 1, p.121, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Apice On – Aprimoramento e Inovação do Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília (DF): 2017.

BRITTO E ALVES, M. T. S. S.; BARRETO-DE-ARAÚJO, T. V.; ALVES, S. V.; et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.14, n.3, p. 229-239, jul-set, 2014.

BRÜGGEMANN, O. M.; de OLIVEIRA, M. E.; MARTINS, H. E. L.; ALVES, M. C.; GAYESKI, M. E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery** (impr.), v.17, n.3, p.432-8, jul-set, 2013.

BUSSADORI, J. C. C.; **Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

CAGNIM, E. R. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Atenção qualificada ao trabalho de parto: um estudo descritivo. **Rev Enferm UFPE** on line, v.8, n.10, p. 3266-3274, 2014.

CALOU, C. G. P. **The Mother Generated Index**: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2015.

CAMPOS, F. C. **Impacto da satisfação de puérperas com o parto vaginal na autoeficácia para amamentar**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 93f. 2015.

CARDOSO, M. D.; RIBEIRO, C. M. S.; de OLIVEIRA, I. B.; ANDRADE, P. M. C.; SANTOS, T. M. B. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **J. res. fundam. care** . online, v.8, n.4, p. 5017-5024, 2016.

CASAS, A. A.; ESTEBAN, N. H. Indicadores de salud perinatal. Diferencias de la información registrada por el ine y de los hospitales que atienden los nacimientos. **Rev Esp Salud Publica**, v. 89, p.1-4, 2015.

CASSAR FLORES, A.; MARSHALL S.; CORDINA, M. Use of the Delphi technique to determine safety features to be included in a neonatal and paediatric prescription chart. **Int J Clin Pharm**, v.36, n.6, p.1179-89, 2014.

CASTRO, E. C. M.; LEITE, A. J. M.; GUINSBURG, R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da região Nordeste do Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, v.34, n.1, p. 106-113, 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. Fortaleza: Ceará, 2017.

CENEVIVA, R.; FARAH, M. F. S. **O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública**. In: GUEDES, A. M.; FONSECA, F.; organizadores. O controle social da administração pública. São Paulo: Editora UNESP. p. 129-156, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Ed. FIOCRUZ, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 29-47.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 423/2012**. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html , 2012.

CORREIA, R. A.; ARAÚJO, H. C.; FURTADO, B. M. A.; BONFIM, C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Rev. bras. enferm.** V.64, n.1, p:91-97, 2011.

CORTÊS, C. T.; dos SANTOS, R. C. S.; CAROCI, A. S.; OLIVEIRA, S. G.; de OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.5, p. 716-725, 2015.

COSTA, J. O.; XAVIER, C. C.; PROIETTI, F. A.; DELGADO, M. S. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev Saúde Pública**. v.38, n.5, p.701-8, 2004.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão Integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.8-9, jun, 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.*, v.48 Suppl:S33-S52, 2001.

DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS (DATASUS). Em: <http://datasus.saude.gov.br/component/search/?searchword=gravidez&searchphrase=all> Acesso 08 de fevereiro 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; SCHLITZ, A. O. C.; et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa nascer Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.30, Sup: S169-S181, 2014.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHNECK, C. A., et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.30, Sup: S140-S153, 2014.

DINIZ, C. S. G.; BATISTA, L. E.; KALCKMAN, S.; SCHLITZ, A. O. C.; QUEIROZ, M. R.; CARVALHO, P. C. A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p. 561-572, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N., et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.37, n.3, p. 140-147, 2015.

DONABEDIAN A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. v.114, n.11, p.1115-8, 1990.

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

D'ORSI, E.; BRUGGEMANN, O. M.; DINIZ, C. S. G.; AGUIAR, J. M.; GUSMAN, C. R.; TORRES, J. A.; et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública** [Internet], 30(Suppl 1): S154-S168, 2014.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

EBSERH. Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC. Universidade Federal do Ceará – UFC. **Ministério da Saúde reconhece a MEAC como Centro de Apoio em Boas Práticas**. 2016. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticia-destaque1/-/asset_publisher/mUhpqXBVQ6gZ/content/id/1381908/2016-08-ministerio-da-saude-reconhece-a-meac-como-centro-de-apoio-em-boas-praticas Acesso em 28 junho 2018.

ESCALANTE, J. C. **Mortalidade materna no Brasil**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; 2013.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS** [recurso eletrônico] / Andy Field; tradução Lorí Viali – 2. ed – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO, M. S.; OLIVEIRA, D. K. M. A.; VIEIRA, N. R. S.; DAVIM, R. M. B.; DA SILVA, R. A. R. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.4, p. 722-728, 2013.

FIGUEIREDO, M. S.; SILVA, R. A. R.; OLIVEIRA, D. K. M. A.; VIEIRA, N. R. S.; COSTA, D. A. R. S.; DAVIM, R. M. B. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública. **J. res.: fundam care. Online**, v.7, n.3, p.2697-2706, 2015.

FIGUIEROA, M. N.; MENEZES, M. L. N.; MONTEIRO, E. M. L. M.; MENDES, N. O. G.; SILVA, P. V. T. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: a avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, e20170087, 2017.

FREEDMAN, L. P.; KRUK, M. E. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. **Lancet**, v.384, 2014

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, M. S.; STELMACK, A. P.; dos SANTOS, E. K. A.; BITTENCOURT, R.. Kangaroo method as a basis for humanized care for the neonate and family: integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.10, p.3461-3472, 2014.

FREIRE, H. S. S.; CAMPOS, F. C.; CASTRO, R. C. M. B.; DA COSTA, C. C.; DE MESQUITA, V. J.; VIANA, R. A. A. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.6, p. 2357-2367, 2017.

FRIGO, J.; ZOCHE, D. A. A.; PALAVRO, G. L.; TURATTI, L. A.; NEVES, E. T.; SCHAEFER, T. M. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.1, p: 58-68, 2015.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enferm.**, [on line], Florianópolis, v.22, n.4, p.909-17, out-dez, 2013.

FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R.J.; GAMA, S. G. N. Access childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Rev Saúde Pública**. v. 50, p. 23, 2016.

GALAVOTE, H. S.; MATTOS, T. M.C.; LAIGNIER, M. R. Avaliação de programas de saúde: um enfoque no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Pesq Saúde**, v.18, n.1, p. 150-157, 2016.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.2, p.5, 2006.

GABRYSH, S.; CAMPBELL, O. M. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.9, n.34, 2009.

GREENSLADE, J. H.; JIMMIESON, N. L. Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. **In J Nurs Stud.**, v.48, n.10, p. 1188-1198, 2011.

GOUDARD, M. J. F.; SIMÕES, V. M. F.; BATISTA, R. F. L.; QUEIROZ, R. C. S.; BRITO E ALVES, M. T. S. S.; COIMBRA, L. C.; et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.4, p.1227-1238, 2016.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: SAGE, p. 21-49, 1989.

HASSON F.; KEENEY, S.; McKENNA H. Research guidelines for the Delphi survey Technique. **J Adv Nurs.**, v.32, n.4, p. 1008-15, 2000.

HELLER, G.; RICHARDSON, D. K.; SCHNELL, R.; et al. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. **Int J Epidemiol.**, v.31, p.1061-8, 2002.

HOLLANDA, E.; de SIQUEIRA, S. A.; de ANDRADE, G. R.; MOLINARO, A.; VAITSMAN, J. User satisfaction and responsiveness in the healthcare services at Fundação Oswaldo Cruz. **Cien Saude Colet.**, v.17, n.12, p. 3343-3352, 2012.

HOMER, C. S. E.; FRIBERG, I. K.; DIAS, M. A. B.; HOOPE-BENDER, P.; SANDALL, J.; SPECIALE, A. M.; et al. The project effect of scaling up midwifery. **Lancet**, v.384, 2014.

HULTON, L. A.; MATTHEUS, Z.; STONES, R. W. Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. **Social Sci Med**, v.64, p. 2083-2095, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO ESTATÍSTICO (IBGE). Taxa de desemprego sobe para 13,1%. 2017. Em: <http://agenciabrasil.etc.com.br/economia/noticia/2018-04/taxa-de-desemprego-sobe-para-131-diz-pesquisa-do-ibge>

ISLAM F, RAHMAN A, HALIM A, ERIKSSON, C.; RAHMAN F.; DALAL, K. Perceptions of health care providers and patients on quality of care in maternal and neonatal in fourteen Bangladesh government healthcare facilities: a mixed-method study. **BMC Health Services Research**, v.15, p. 237, 2015.

KARKEE, R.; LEE, A. H.; POKHAREL, P. K. Women's perception of quality of maternity services: a longitudinal survey in Nepal. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.14, n.45, 2014.

KFOURI, R. A.; RICHTMANN, R. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: cobertura da vacinação e fatores associados. **Einstein**, v.11, n.1, p. 53-57, 2013.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS D.; BITTENCOURT, S. D. A.; et al. Pesquisa Nascir Brasil: Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup 1:S192-S207, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CAMPOS, M. R.; et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, 20 Sup 1:S20-S33, 2004.

LEAL, M. C.; BITTENCOURT, S. D. A.; TORRES, R. M. D.; NIQUINI, R. P.; SOUZA JR, P. R. B. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 12, 2017.

LOPES, R. C. S.; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em estudo**, v.15, n.2, p. 295-304, 2010.

LOUZEIRO, E. M.; QUEIROZ, R. C. C. S.; de SOUZA, I. B. J.; CARVALHO, L. K. C. A. A.; CARVALHO, M. L.; de ARAÚJO, T. M. E. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **R. Interd.**, v.7, n.1, p. 193-203, 2014.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F.R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Sciences**, v.40, n.2, p.80-84, 2015.

MACHADO FILHO et al., 2013 – transmissão vertical da hep B

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.2, p. 505-512, 2014.

MAGLUTA, C.; NORONHA, M. F.; GOMES, M. A. M.; et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.9, n.3, p. 319-329, jul-set, 2009.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade e acreditação**. In: Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. de L. Avaliação da Assistência ao parto em maternidade terciária no interior de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, Recife, v.9, n.1, p. 59-67, jan-mar, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Ed Atlas, 2010.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND (MEAC). **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2016**. Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. – Fortaleza: Escola Assis Chateaubriand/Hospitais universitários/UFC/Ebserh, 2017.

MATOS, J. C.; **Avaliação da Ferramenta Protocolo nº.22 – Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 76f. 2015.

McKEEVER, J.; FLEUR, R. S. Overcoming barriers to Baby-Friendly status: one hospital's experience. **J Hum Lact.**, v.28, p. 312-314, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, out-dez, 2008.

MENDES, E. V. As **Redes de Atenção à Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, G. V. S.; da ROCHA, S. S.; SALES, J. C. S.; de ARAÚJO, O. D.; ARAÚJO, L. O. Kangaroo Care Method at Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Enferm UFPI**, v.4 n.4, p. 68-74, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MESQUITA, K. O.; ALMEIDA, E. C. B.; LIMA, G. K.; et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na UTI neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral no ano de 2009. **Sanare Sobral**, v.9, n.2, p.66-72, jul/dez, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da Ebsers: diretrizes técnicas. Versão 1.0, 2013.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grande regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprod Clim.**, v.30, n.1, p.11-18, 2015.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.3, p.429-434, 2010.

MOREIRA, M. E. L.; da GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; da SILVA, A. A. M.; LANSKY, S.; PINHEIRO, R. S.; et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 30Sup: S128-S139, 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.8, p.1859-68, 2008.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.4, p. 546-551, 2009.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, v.27, p. 23-29, 2011.

NASAL, L. R. Nota de esclarecimento da Santa Casa de Sobral. Sobral em Revista. 20 de nov. 2015. Disponível em: <http://sobralemrevista.blogspot.com.br/2015/11/nota-de-esclarecimento-da-santa-casa-de.html>. Acesso em 05 set 2016.

NOMURA, N. E. avaliação das condições associadas a prematuridade por faixa de idade gestacional em gestações únicas e múltiplas entre 2011 e 2014 no Brasil: estudo populacional utilizando o sistema nacional de registros de nascimento. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2016.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Washington: OEA; 2006.

OKADA, M. M.; HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.3, p.270-4, 2015.

OLIVEIRA, M. I. C.; DIAS, M. A. B.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 895-902, 2008.

OLIVEIRA, de EDIMAR. Barbalha – CE: Hospital São Vicente de Paulo foi o primeiro em realização de partos em 2014 três mil no total. Malvinas News, Barbalha, fevereiro de 2015. Disponível em: http://malvinas-news.blogspot.com/2015/02/barbalha-ce-hospital-sao-vicente-de.html#.Wzpdsc_OrUo Acesso em 02 jul 2018.

Nota de esclarecimento da Santa Casa de Sobral. Sobral em Revista. 20 de nov. 2015. Disponível em: <http://sobralemrevista.blogspot.com.br/2015/11/nota-de-esclarecimento-da-santa-casa-de.html>. Acesso em 05 set 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolución CD49.R22**: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPAS; 2009.

OSAVA, R. H.; DA SILVA, F. M. B.; DE OLIVEIRA, S. M. J. V.; TUESTA, E. F.; AMARAL, M. C. E. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.6, p. 1023-1029, 2012.

OVERGAARD, C.; MOLLER, A.M.; FENGER-GRON, M.; KNUDSEN, L. B.; SANDALL, J. Freestanding midwifery unit versus obstetrics unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. **BMJ Open**, 1:e000262, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas**. 2014.

PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.10, p. 447-452, 2013.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p. 185-94, 2011.

PEREIRA, F. L.; de GÓES, F. S. N.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; CASTRAL, T. C.; LEITE, A. M. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.6, p.1272-1278, 2013.

PEREIRA A. V. L. **Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande – PB** [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2013b. 79p.

PINTO, T. M.; CALDAS, F., NOGUEIRA-SILVA, C.; FIGUEIREDO, B. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. **J Pediatr.**, v.93, n.5, p. 452-459, 2017.

PIRO, T. J.; GHIYASVANDIAN, S.; SALSALI, M. Iraqi Nurses' perspectives on safety issues in maternity services. **Nurs Midwifery Stud**, v.4, n.3, e29529, 2015.

PITCHFORTH E., LILFORD, R. J.; KEBEDE, Y., ASRES, G.; STANFORD, C.; FROST, J. Assessing and understanding quality of care in a labour ward: a pilot study combining clinical and social science perspectives in Gondar, Ethiopia. **Soc Sci Med.**, v.71, p. 1739-1748, 2010.

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

POOVORAWAN Y., CHONGSRISAWAT V., THEAMBOOLERS A., LEROUX ROELS G., KURIYAKOSE S., LEYSSEN M., et al. Evidence of protection against clinical and chronic: hepatitis B infection 20 years after infant vaccination in a high endemicity region. **J viral Hepat.**, v.15, n.5, p.369-375, 2011.

PORDATA, , <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+materna-1825>

RABELO, M.; WOLFF, L. D. G.; LEAL, G. C. G.; FREIRE, M. H. S.; de SOUZA, S. R. R. K.; PERIPOLLI, L. O. Estratégias da gestão para implantação do modelo da Rede Cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. **Cogitare Enferm**, v.22, n.2:e48252, 2017.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

RANCE, S.; McCOURT, C.; RAYMENT, J.; MACKINTOSH, N.; CARTER, W.; WATSON, K., et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ Qual Saf.**, v.22, p. 348-355, 2013.

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**. v.384, p.1129-1145, 2014.

REIS, L.S.; SILVA, E. F.; WATERKEMPER R.; LORENZINI, E.; CECCHETTO, F. H. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e Pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p: 118-24, 2013.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do “The mother generated index” para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de

Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

RIBEIRO, J. F.; MACHADO, P. H.F.; ARAÚJO, K. R. S.; SEPÚLVEDRA, B. A. Assistência ao parto normal sob o olhar da parturiente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.7, n.1, p. 113-125, 2016.

ROCHA, R. S.; BEZERRA, S. C.; LIMA, W. J. O.; COSTA, F. S. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.37-45, 2013.

SANDALL, J.; DEVANE, D.; SOLTANI H.; HATEM, M.; GATES, S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. **J Midwifery Womens Health**, v.55, p. 255-261, 2010.

SANTOS, J. O.; PACHECO, T. S.; de OLIVEIRA, P. S.; PINTO, V. L.; GABRIELLONI, M. G.; BARBIERI, M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **J. res.: fundam. care**. Online, v.7, n.1, p: 1936-1945.

SANTOS, M. C.; CARDOSO, S. M. M.; RODRIGUES, A. P.; MACHADO, N. C. B.; ROCHA, L. S. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. **Scientia Tec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IRFS – Campus Porto Alegre**, v.3, n.2, p.25-38, 2016.

SANTANA, A. M.; ALMEIDA, S. M. C.; PRADO, L. O. M. Urgências/Emergências X Assistência ao pré-natal. **Cadernos de Graduação – Ciências biológicas e da Saúde**, v.11, n.11, p. 46, 2010.

SARAIVA, J. P.; VOGT, S. E.; ROCHA, J. S.; DUARTE, E. D.; SIMÃO, D. A. S. Associação entre fatores materno e neonatais e Apgar em recém-nascidos de risco habitual. **Rev. Rene**, v.19:e3179, 2018.

SESA. Secretaria do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde/ Núcleo de Vigilância Epidemiológica/ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 22 de agosto de p.1-7, 2015.

SHARMA, G.; MATHAI, M.; DICKSON, E. K.; et al. Quality care during labour and birth: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.15 (Suppl 2): S2, 2015.

SILAL, S. P.; PENN-KEKANA, L.; HARRIS, B.; BIRCH, S.; MCLNTYRE, D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. **BMC Health Serv Res.**, v.12, p.120, 2012.

SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em hospital-escolado noroeste do estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.1, p. 95-102, 2009.

SILVA, K. R.; LIMA, M. D. O.; de SOUSA, M. A. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.7, n.2, p. 793-10, 2016.

SILVA, A. L.; AMARAL, A. R.; OLIVEIRA, D. S.; MARTINS L.; SILVA, M.R.; SILVA, J. C. Neonatal outcomes according different therapies gestational diabetes mellitus. **J. Pediatr.** [Internet], v.93, n.1, p. 87-93, 2017b.

SILVA, A. L. A.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; SOUZA, W. V. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.12:e00175116, 2017c.

SOARES, R. L. S. F.; CHRISTOFFEL, M. M.; RODRIGUES, E. C.; MACHADO, M. E. D.; CUNHA, A. L. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, p. 409-416, 2015.

SOARES, P. R. A. L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 161f, Fortaleza, 2015.

SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste). Boletim Temático – Social. *ODNE (Observatório do Desenvolvimento do Nordeste)*. **Mortalidade Materna e Infantil**. 2016.

SYMON, A.; RANKIN, J.; SINCLAIR, H.; BUTCHER, G.; SMITH L.; GORDON, R. et al. Peri-Conceptual and Mid-Pregnancy Alcohol Consumption: A Comparison between Areas of High and Low Deprivation in Scotland. **Birth Issues in Perinatal Care**, v.43, n.4, p. 320-327, 2016a.

SYMON, A.; PRINGLE, J.; CHEYNE, H.; DOWNE, S.; HUNDLEY, V.; LEE, E. et al. Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.16, p:168, 2016b.

TAMBURLINI, G.; YADGAROVA, K.; KAMILOV, A.; et al. Improving the quality of maternal and neonatal care: the role of standard based participatory assessments. **PLoS ONE**, v.8, n.10, e78282, 2013.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. Putting the human back in "Human Research Methodology": the researcher in mixed. **Journal of Mixed Methods Research**, v.4, n.4, p. 271-277, 2010.

TOMELERI, K. R.; PIERI, F. M.; VIOLIN, M. R.; et al. Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.28, n.4, p.497-504, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão**/Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis – São Luís, 2016.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Maternal Mortality Update 2006. **Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills**. New York: UNFPD; 2007.

UNICEF, WHO, World Bank, UN Population Division. **Levels and trends in child mortality**. 2013.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Maternal Mortality Update 2006. **Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills**. New York. UNFPA; 2007.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Towards MDG: 5: Scaling up the capacity of midwives to reduce maternal mortality and morbidity**. Workshop Report. New York: UNFPA; 2006.

UNITED NATIONS SECRETARY-GENERAL. **Global Strategy for Women's and Children's Health**. New York: UN, 2010.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2014**. New York: UN, 2014.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals** [Internet]. New York: UN, 2015.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VAN LERBERGHE, W.; MATTHEWS, Z.; ACHADI, E.; ANCONA, C.; CAMPBELL, J.; CHANNON, A.; et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. **Lancet**, v.27, n.384, p. 1215-1225, 2014.

VARGENS, O. M. C.; dos REIS, C. S. C.; NOGUEIRA, M. F. H.; PRATA, J. A.; SILVA, C. M.; PROGIANTI, J. M. Tecnologias não-invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. **Rev enferm UERJ**, v.25:e211717, 2017.

VENTURA, M. T.; GOMES, M. C. **Mortes maternas em Portugal, 2001-2007**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2010.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.; LEAL, M. C.; MONTEIRO C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v.377, n.9780, p.1863-76, 2011.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M., COSTA, J. V.; et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, 30 Suppl 1:S85-100, 2014.

VILLAR, J.; BAAQEEL, H.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P.; BELIZÁN, J. M.; FARNOT, U.; et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **Lancet**, v.357, n.9268, p. 1551-1564, 2001.

WALSH, D.; DOWNE, S. M.; Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structure review. **Birth**, v.31, n.3, p. 222-229, 2004.

WILMOTH, J. R.; MIZOGUCHI, N.; OESTERGAARD, M. Z.; SAY, L.; MATHERS, C. D. A new method for deriving global estimates of maternal mortality. **Stat Polit Policy**, v.3, n2. 2012.

WILUNDA C, OYERINDE K, PUTOTO G, et al. Availability, utilization and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: a health facility-based survey. **Reproductive Health**, v.12, n.30, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe motherhood needs assessments – guidelines**. Geneva: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making Pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant**. WHO, ICM, FIGO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2005: Make every mother and child count**. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems**. Genebra: WHO Press, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strategies toward ending preventable maternal mortality**. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle> . Acesso em: 13 janeiro 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality**. WHO Fact sheet n°348, update May 2014. Em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en>. Acesso: 13 mai de 2016.

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS

Data da Entrevista: / /2017
Número da Entrevista:
Número do Prontuário:
1. Maternidade: () [1-MEAC-Fortaleza; 2-HMSVP-Barbalha; 3-SCMS-Sobral]
Entrevistador:
IDENTIFICAÇÃO
NOME:
INICIAIS
DATA DE NASCIMENTO
Contatos: Telefone:
E-mail:
2. Puérpera: () [1- Risco Habitual; 2-Alto Risco]. (se Risco Habitual, passe à questão 4)
3. Se alto risco, registre a complicação atual (pelo prontuário): () [1-Síndromes hemorrágicas; 2-Síndromes hipertensivas; 3- Distócias]
DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS
4. IDADE: anos completos
5. VIVE COM COMPANHEIRO? () [1-Sim; 2-Não]
6. ESCOLARIDADE: () anos de estudos completos [Analfabeto=0 anos; Ens. Fund. Completo= 9 anos; Ens. Médio Completo =12 anos; Ens. Superior Completo= Adicionar o nº de anos do curso]
7. RAÇA/ETNIA AUTORREFERIDA: () [1-branca; 2-preta; 3-parda; 4-amarela; 5-indígena]
8. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
9. MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA:
10. HOSPITAL MAIS PRÓXIMO:
11. TIPO DE OCUPAÇÃO:
12. TIPO DE ATIVIDADE LABORAL: () [1- Formal; 2- Informal; 3 - Não]
13. RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO: () [1-Sim 2-Não] Qual (is):
14. RENDA FAMILIAR TOTAL: (_____ reais) [1-De 1 a ≤ 2 salários mínimos; 2- > 2 a ≤ 4 salários mínimos; 3- > 4 a ≤ 6 salários mínimos; 4- mais de 6 salários mínimos]
15. QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA? ()
16. COM QUEM MORA: () [1-sozinha; 2-companheiro; 3-com familiares 4-com companheiro e filhos; 4-Pessoa em situação de rua]
17. Nº DE PESSOAS NO DOMICÍLIO: () ou () NSA (não se aplica)
18. TIPO DE MORADIA: () [1-própria; 2-alugada; 3-cedida; 4-NSA]]
19. NÚMERO DE CÔMODOS NA CASA:
20. RELIGIÃO:
21. DROGAS: () [1- Fumo; 2-Álcool; 3-Ilícitas 4-Não]

22 – PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA: () [1-USO; 2-Abuso (uso nocivo); 3-Dependência; 4-NSA] USO = Consumo de álcool em baixas doses e cercado das precauções necessárias para a prevenção de acidentes; ABUSO = padrão de uso de substâncias de abuso que causem danos à saúde física ou mental; DEPENDÊNCIA = Padrão de consumo constante e descontrolado, uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica, visando principalmente a aliviar sintomas de mal-estar e desconforto físico e mental, conhecidos por síndrome de abstinência. (OMS, 1993)
DADOS DE CARACTERIZAÇÃO GINECO-OBSTÉTRICA (alguns dados obter junto ao prontuário*)
23. *GESTA () PARA () ABORTO ()
24. *PARTOS VAGINAIS:
25. * CESARIANAS:
26. *PARTO INSTRUMENTAL: () [1-FÓRCEPS; 2-VÁCUO EXTRAÇÃO]
27. Nº DE FILHOS VIVOS: _____ se primípara, pule p/ o item 35
28. DATA DO PARTO ANTERIOR AO ATUAL: _____ ou () NSA
29. VIA DO PARTO ANTERIOR AO ATUAL: () [1-Abdominal; 2-Vaginal; 2.1-Instrumental]
30. VIA DE PARTOS ANTERIORES: P1(); P2(); P3(); P4(); P5(). [1-Abdominal; 2-Vaginal]
31. COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES ANTERIORES: () [1-Sim; 2-Não]. (Em caso, negativo, pule p/item 33).
32. QUAIS COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES ANTERIORES: () [1-Pre-eclâmpsia; 2-Diabetes gestacional; 3-Placenta prévia; 4-Ameaça de aborto; 5-Polidrâmnio; 6-Oligodrâmnio; 7-Outras _____]
33. AMAMENTOU EXCLUSIVAMENTE OS OUTROS FILHOS? () [1-Sim; 2-Não].
34. QUANTO TEMPO AMAMENTOU O ÚLTIMO FILHO: () [1-<1 mês; 2-durante 1 mês; 3-Entre 1 e 2 meses; 4-2 a 4 meses; 5-Até 6 meses. 6->6 meses]
35. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS: [1 – Hipertensão arterial crônica; 2 – DM; 3 – cardiopatias 4 – doenças autoimunes; 5 – asma brônquica; 6 – epilepsia; 7 – HIV; 8 – nefropatias; 9 – depressão; 10 – outras doenças (hemopatias e câncer); 11 – alterações genéticas; 12. Não].
36. MEDICAÇÕES EM USO:
DADOS DO PRÉ-NATAL (PN) (obter junto ao prontuário)
37. PESO: _____ Kg
38. ALTURA: _____ cm
39. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NA ÚLTIMA CONSULTA DE PN (IMC) (Kg/m ²): () [1 – baixo peso (menos que 18,5); 2 – adequado (18,5 – 24,9); 3 – sobrepeso (25 – 29,9); obesidade (maior ou igual a 30).
40. Nº DE CONSULTAS DE PN REALIZADAS: ()
41. TIPO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: () [1-SUS; 2-Convênio; 3-Particular; 4-Filantrópica]
42. IDADE GESTACIONAL NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL:

43. FOI IMUNIZADA NA GESTAÇÃO: () [1-Sim; 2-Não] Qual:
44. REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO HIV E SÍFILIS NA GESTAÇÃO: () [1-Sim; 2-Não]
45. APRESENTOU COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ? () [1-Sim; 2-Não]. (Em caso negativo, passe ao item 47).
46. QUAIS COMPLICAÇÕES ESTIVERAM PRESENTES NA GRAVIDEZ ATUAL?
47. PROFISSIONAL QUE FEZ O PRÉ-NATAL:
DADOS DA ADMISSÃO NA NATERNIDADE (obter junto ao prontuário)
48. IDADE GESTACIONAL NA ADMISSÃO PARA O PARTO:
49. DILATAÇÃO NA ADMISSÃO: () [1-Sim; 2-Não]
50. SITUAÇÃO DE DILATAÇÃO NA ADMISSÃO: (_____) centímetros
51. MEMBRANA INTEGRAL NA ADMISSÃO: () [1-Sim; 2-Não] (Em caso positivo, passe ao item 53)
52. TEMPO DE BOLSA ROTA:
53. CONTRAÇÕES NA ADMISSÃO: () [1-Sim; 2-Não]
54. PRESENÇA DE INFECÇÃO: () [1-Sim; 2-Não] Qual:
DADOS DO RECÉM-NASCIDO (obter junto ao prontuário)
55. PESO AO NASCER:
56. ESTATURA:
57. SEXO: () [1-Feminino; 2-Masculino]
58. PERÍMETRO CEFÁLICO (PC):
59. PERÍMETRO TORÁCICO (PT):
60. PERÍMETRO ABDOMINAL (PA):
61. CAPURRO (IG ao nascimento): () semanas
62. APGAR: () 1-1º minuto; () 2 - 5º minuto; () 3 -10º minuto
63. O RN PRECISOU DE SUPORTE VENTILÁRIO APÓS O NASCIMENTO: () [1-Sim; 2-Não]. Especifique:
64. O RN PRECISOU DE REANIMAÇÃO APÓS O NASCIMENTO? () [1-Sim; 2-Não].
65. O RN PRECISOU SER TRANSFERIDO PARA OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: () [1-Sim; 2-Não] . Motivo:

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO DIRECIONADO ÀS PUÉRPERAS ACERCA DAS
ESTRUTURAS FÍSICA E ORGANIZACIONAL**

01. A senhora tem o cartão da gestante? 1 – sim 2 – não
02. Teve acesso a exames laboratoriais nesta maternidade? 1 – sim 2 – não
03. A distância da sua casa para a maternidade é igual ou inferior a um raio de cinco quilômetros? 1 – sim 2 – não
04. Foi informada, durante o pré-natal, em qual maternidade iria ter o bebê? 1 – sim 2 – não
05. Se sim, esta era a maternidade prevista para o parto? 1 – sim 2 – não
06. A senhora foi internada nesse serviço na primeira vez que procurou? 1 – sim 2 – não
09. Foi ofertado a senhora acompanhante durante o acolhimento? 1 – sim 2 – não
10. Foi ofertado a senhora acompanhante durante o trabalho de parto? 1 – sim 2 – não
11. Foi ofertado a senhora acompanhante durante o parto? 1 – sim 2 – não
12. Foi ofertado a senhora acompanhante durante o pós-parto imediato? 1 – sim 2 – não
13. O acompanhante foi de sua escolha? 1 – sim 2 – não
14. O tempo de espera para o internamento se deu conforme protocolo da maternidade? 1 – sim 2 – não
15. Foi realizado o acolhimento com classificação de risco? 1 – sim 2 – não
16. Foi fornecido camisola pelo hospital? 1 – sim 2 – não
17. Foi fornecido lençol de cama pelo hospital? 1 – sim 2 – não
18. Foi fornecido toalha de banho pelo hospital? 1 – sim 2 – não
19. O local destinado à internação antes do parto foi adequado? 1 – sim 2 – não
20. A sala de espera estava adequada para o seu atendimento? (fácil acesso, paredes e piso laváveis, com ventilação: ar condicionado e/ou janelas, e com iluminação natural e artificial, número de assentos suficiente para a demanda) 1 – sim 2 – não
21. Havia sanitário disponível na sala de espera? 1 – sim 2 – não
22. O fornecimento de água potável, sabão e papel, pias para lavagem das mãos e banheiros na unidade estão adequados? 1 – sim 2 – não
23. O ambiente da unidade está limpo? 1 – sim 2 – não
24. Na sua percepção os equipamentos na maternidade estão adequados para a sua assistência? 1 – sim 2 – não
25. Na sua percepção recebeu os medicamentos adequados para as suas necessidades? 1 – sim 2 – não
26. A sua privacidade foi respeitada durante o trabalho de parto e o parto? 1 – sim 2 – não
27. Durante o trabalho de parto a senhora andou nos corredores do hospital? 1 – sim 2 – não
28. Precisou se deslocar no momento do parto? 1 – sim 2 – não
29. O bebê permaneceu o tempo todo perto da senhora? 1 – sim 2 – não
30. A senhora foi apresentada à equipe de saúde? 1 – sim 2 – não
31. A senhora saberia reconhecer a categoria do profissional que lhe prestou assistência? 1 – sim 2 – não
32. Sentiu-se à vontade para falar e/ou perguntar algo à equipe de saúde? 1 – sim 2 – não

33. Recebeu informações sobre os procedimentos adotados? 1 – sim 2 – não
34. Participou de atividades educativas, em grupo ou individualmente, na maternidade? 1 – sim 2 – não
35. Se sim, entendeu o que foi dito? 1 – sim 2 – não
36. A senhora foi informada que pode elogiar a assistência lhe oferecida na maternidade? 1 – sim 2 – não
37. A senhora foi informada que pode reclamar a assistência lhe oferecida na maternidade? 1 – sim 2 – não
38. A senhora recebeu a declaração de nascido vivo (DNV) antes da alta? 1 – sim 2 – não

Data da entrevista:/...../.....
Entrevistador:

APÊNDICE C – OBSERVAÇÃO DIRETA – CHECKLIST

ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE:

Nome da maternidade: _____

1. Número de leitos obstétricos: _____
2. Número de leitos neonatais: _____
3. Número de leitos canguru: _____
4. Número de enfermeiros: _____
5. Número de enfermeiros habilitados na área da obstetrícia: _____
6. Número de auxiliares/técnicos de enfermagem: _____
7. Número de médicos obstetras: _____
8. Número de pediatras: _____
9. Número de médicos neonatologistas: _____

I - RECURSOS HUMANOS	SIM	NÃO
10. Enfermeiro durante todo o período de funcionamento		
11. Médico obstetra de plantão		
12. Escala de pessoal em local visível		
13. Registro de treinamento específico em conjunto com a CCI		
Centro de Parto Normal para 3 ou 5 quartos PPP (Portaria 11 de 7 de janeiro de 2015)		
14. 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia		
15. 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana		
16. 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, para 3 PPP, ou 2 (dois) técnicos para 5 PPP		
17. 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana		
18. Garantia de equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN		
Alojamento conjunto (Portaria 2060 de 21 de outubro de 2016)		
19. Enfermeiro para função de coordenação, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área, com jornada horizontal diária mínima de 4 horas		
20. Enfermeiro de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de		

experiência profissional comprovada na área para cada 20 binômios mãe-RN ou fração em cada turno		
21. Profissional de enfermagem de nível técnico para cada oito binômios mãe- RN ou fração em cada turno.		
22. Profissional médico pediatra para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação		
23. Profissional médico pediatra para assistência com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração		
24. Profissional médico pediatra plantonista preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração		
25. Profissional médico obstetra para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia		
26. Profissional médico obstetra para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia para cada 20 puérperas ou fração		
27. Profissional médico obstetra plantonista, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Plantonista do Alojamento Conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão		
28. Ortopedista (de acordo com necessidades específicas)		
29. Neurologista (de acordo com necessidades específicas)		
30. Oftalmologista (de acordo com necessidades específicas)		
31. Cirurgião geral e infantil (de acordo com necessidades específicas)		
32. Assistente social (de acordo com necessidades específicas)		
33. Psicóloga (de acordo com necessidades específicas)		
34. Nutricionista (de acordo com necessidades específicas)		
35. Fisioterapeuta (de acordo com necessidades específicas)		
36. Fonoaudióloga (de acordo com necessidades específicas)		
Casa de gestante, bebê e puérpera		
37. 01 coordenador técnico administrativo		

38. Enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite		
39. Técnico de enfermagem disponível nas 24 h do dia durante os 7 dias da semana		
40. Auxiliar de limpeza durante os sete dias da semana		
41. Visita médica de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem		
UTIN, segundo portaria 930, de 10 de maio de 2012		
42. 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação		
43. 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração		
44. 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno		
45. 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal		
46. 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno		
47. 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno		
48. 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas		
49. Técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno		
50. 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno		
51. 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade		
Ucinco e Ucinca (Portaria 930, de 10 de maio de 2012)		

52. 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação		
53. 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;		
54. 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno		
55. 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa;		
56. 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno		
57. 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno		
58. 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno		
59. 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade		
60. 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno		
II - RECURSOS FÍSICOS		
Unidade de Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) poderá ter 3 (três) ou 5 (cinco) quartos PPP (Orientações para elaboração de projetos, RDC 36/2008 e Portaria 11 de 7 de janeiro de 2015)		
Ambientes fins		
61. Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante (área unitária de 12m ²)		
62. Sala de exames e admissão de parturientes (área unitária de 9m ²) provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente		
63. Sanitário anexo à sala de exames com dimensão mínima de 1,20m e área unitária mínima de 2,40m ²		
64. Existência de sala de espera e sala disponível para atividades educativas Ainda não encontrei essa informação		
65. Existência de no mínimo 2 quartos para pré-parto/parto/puerpério – PPP (sem banheira) com dimensão mínima de 3,20m e área unitária mínima de 14,50m ² ,		

66. Existência de um quarto para pré-parto/parto/puerpério – PPP (com banheira) com dimensão mínima de 3,20m e área unitária mínima de 18m ²		
67. Previsão de poltrona para acompanhante		
68. Berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45m x comprimento 1,40m x altura 0,85) e pia, provido ponto de água fria e quente.		
69. Cama em alvenaria de 50cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP.		
70. Banheiros anexos ao quarto PPP para a parturiente com dimensão mínima de 1,70m e área unitária mínima de 4,80m ²		
71. O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança		
72. Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem		
73. Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling		
74. Área para deambulação, preferencialmente coberta, (varanda/solário) – interna e/ou externa com área unitária mínima de 20m ²		
75. Posto de enfermagem com área unitária mínima de 2,50m ²		
76. Sala de serviço com área unitária mínima de 5,70m ²		
77. Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90m ² com instalação de água fria e quente		
78. Existência de eliminação segura dos materiais cortantes		
79. Existência da sinalização e orientação de fluxos internos para atendimento		
Ambientes de apoio		
80. Sala de utilidades com dimensão mínima de 1,50m e área unitária mínima de 6m ² , provido de bancada com pia e uma pia de despejo		
81. Quarto de plantão para funcionários com dimensão mínima de 2m e área unitária mínima de 5m ²		
82. Banheiros (masculino e feminino) anexo ao quarto de plantão com área unitária mínima de 2,30m ² para cada unidade		
83. Rouparia ou um armário com duas portas		
84. Depósito de material de limpeza com dimensão mínima de 1m e área unitária mínima de 2m ²		
85. Depósito de equipamentos materiais com área unitária mínima de 3,50m ²		
86. Copa com dimensão mínima de 1,15m e área unitária mínima de 4m ²		
87. Refeitório com área unitária mínima de 4,80m ²		
88. Existência de unidade transfusional funcionando 24 horas, todos os dias da semana		
89. Existência de laboratório de análise clínica e/ou sistema de coleta funcionando 24 horas, todos os dias da semana (B-Hcg; hemograma, VDRL, HIV, tipagem sanguínea)		

90. Existência de Banco de Leite Humano (BLH)		
91. Existência de sistema de regulação de temperatura ambiente		
92. Existência de serviço de ultrassom funcionando 24 horas, todos os dias da semana (OPCIONAL)		
93. Existência de área para guarda de macas e cadeiras de rodas (OPCIONAL)		
94. Existência de sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino)		
Alojamento conjunto (Portaria 2068 de 21 de outubro de 2016)		
95. Quartos destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos, com banheiro anexo		
96. Enfermarias destinadas à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo, conforme normativas vigentes da ANVISA, e com 3m ² para cada conjunto leito materno/berço.		
97. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4m ² para cuidados de higienização do recém-nascido – bancada com pia		
98. Para cada leito materno, deve ser disponibilizado de um berço para recém-nascido e uma poltrona para acompanhante. O berço do recém-nascido deve ficar ao lado do leito da mãe e deve ser respeitada a distância mínima de um metro entre leitos ocupados		
99. Quartos com tamanho adequado para acomodar mulher e recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA. (3m ² para cada conjunto leito materno/berço)		
100. Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso para as puérperas, os recém-nascidos e acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito		
101. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem		
102. Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada		
103. O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7m. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem		
104. Existência de posto de enfermagem: um a cada 30 leitos, Área mínima de 2,50m ² , com instalações água e elétrica de emergência		
Casa de gestante, bebê e puérpera		
105. Capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos.		
106. Situa-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual está vinculada		
107. Espaço de estar e acolhimento das usuárias com área mínima de 15, 22,5 ou 30m ²		

108. Sala multiuso		
109. Dormitório das gestantes, puérperas e bebês		
110. Nos quartos de alojamento do bebê deverão estar contemplados espaços para o berço do bebê e a cama da mãe ou acompanhante		
111. Banheiros internos em cada quarto, sendo que no caso de reforma pelo menos um deve respeitar as normas de acessibilidade		
112. Sanitários para visitantes e funcionários: masculino e feminino		
113. Copa/cozinha com área mínima de 12, 18 ou 24m ²		
114. Sala de atendimento multiprofissional com área mínima de 12m ²		
115. Solário		
116. Área de serviço		
UTIN (Orientações para liberação de projetos)		
Ambientes fins		
117. Posto de enfermagem/ área de serviços de enfermagem		
118. Área para prescrição médica		
119. Quarto isolamento, para cada 10 leitos. Pode ser em ambiente físico separado ou pode funcionar com isolamento técnico		
120. Área coletiva de tratamento (distância entre parede e berço = 1m, exceto cabeceira. Distância entre berços = 2m. O espaço destinado a circulação da unidade pode estar incluído nesta distância		
121. Sala de higienização e preparo para equipamentos/material		
122. Centro cirúrgico		
123. Serviço radiológico convencional		
124. Serviço de ecodopplercardiografia		
125. Hemogasômetro 24 horas		
126. Banco de Leite Humano ou unidade de coleta		
Ambientes de apoio		
127. Sala de atividades (para atividades múltiplas da unidade neonatal, reunião de pais, de equipe, grupos operativos)		
128. Quarto de plantão para funcionários		
129. Banheiro anexo ao quarto de plantão		
130. Sanitário para funcionários (masculino e feminino)		
131. Depósito de material de limpeza		
132. Sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo à unidade ou não)		
133. Sala administrativa		
Ucinco (Orientações para liberação de projetos)		
Ambientes fins		
134. Posto de enfermagem/ área de serviços de enfermagem		
135. Área para prescrição médica		
136. Quarto isolamento, para cada 10 leitos. Pode ser em ambiente físico separado ou pode funcionar com isolamento técnico		
137. Área coletiva de tratamento (distância entre parede e berço = 1m, exceto cabeceira. Distância entre berços = 2m. O espaço destinado a circulação da unidade pode estar incluído nesta distância		
138. Sala de higienização e preparo para equipamentos/material		
Ambiente de apoio		

139. Sala de atividades (para atividades múltiplas da unidade neonatal, reunião de pais, de equipe, grupos operativos)		
140. Quarto de plantão para funcionários		
141. Banheiro anexo ao quarto de plantão		
142. Sanitário para funcionários (masculino e feminino)		
143. Depósito de material de limpeza		
144. Sala de espera para acompanhantes e visitantes		
145. Sala administrativa		
Ucinca (Orientações para liberação de projetos)		
Ambientes fins		
146. Área coletiva de tratamento (6m ² por leitos. N° máximo de leitos = 6. Distância entre os leitos paralelos = 1m. Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m)		
147. Posto de enfermagem/área de serviços de enfermagem		
148. Área para prescrição médica		
Ambientes de apoio		
149. Sala de atividades (para atividades múltiplas da unidade neonatal, reunião de pais, de equipe, grupos operativos)		
150. Sanitário para funcionários (masculino e feminino)		
151. Lavanderia		
152. Depósito de material de limpeza		
153. Banheiro para acompanhantes		
Banco de leite humano (Orientações para elaboração de projetos)		
154. Sala para recepção, registro e triagem de doadoras		
155. Sala de preparo da doadora		
156. Área de recepção de coleta externa		
157. Arquivo de doadoras		
158. Sala para coletas		
159. Sala para processamento, estocagem e distribuição de leite		
160. Laboratório de controle de qualidade		
161. Sala para lactentes acompanhantes		
III - RECURSOS MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS		
No centro de parto normal, a presença de:		
162. Existência de prontuário informatizado		
163. Existência de computador com internet		
164. Ar comprimido		
165. Oxigênio		
166. Foco de luz móvel		
167. Mesa auxiliar		
168. Carrinho de urgência e anestesia		
169. Esfignomanômetro		
170. Estetoscópio clínico		
171. Estetoscópio de Pinard ou Sonar (detector fetal)		
172. Amnioscópio com fonte de luz		
173. Mesa de exame ginecológico		
174. Instrumental para exame ginecológico (espéculo vaginal)		

175. Instrumental para exame ginecológico (pinça de Cheron)		
176. Barra fixa		
177. Escada de Ling		
178. Bola de Bobat		
179. Cavalinho		
180. Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher		
181. Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto		
182. Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria)		
183. Instrumental para parto normal com clampeador de cordão		
184. Mesa para refeição		
185. Colchão de 1,28m x 1,28m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP		
186. Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical		
187. Camas hospitalares reguláveis, (01) uma por parturiente		
188. Cama PPP, (01) uma por parturiente		
189. Poltrona removível destinada ao acompanhante, (01) uma para cada leito		
190. Relógio de parede com marcador de segundos, (01) um por ambiente de parto		
191. Relógio de parede com marcador de segundos, na sala de reanimação de recém-nascido		
192. Cardiotocógrafo		
193. Escada de dois degraus		
194. Biombos (um para cada dois leitos)		
195. Mesa de cabeceira para cada leito		
196. Glicosímetro		
197. Material para cateterismo vesical		
198. Instrumental para cesariana		
199. Material para AMIU e curetagem uterina		
200. Bisturi elétrico		
201. Instrumental para histerectomia		
202. Material anestésico		
203. Oxímetro de pulso		
204. Bomba de infusão		
205. Monitor cardíaco		
206. Aspirador		
207. Mesa para parto cirúrgico		
208. Foco cirúrgico de teto		
209. Material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem		
210. Medicamentos para urgência e emergência clínica: antiarrítmico, anti-hipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador,		

diurético, drogas vasoativas, glicose hipertônica e isotônica, solução fisiológica, água.		
211. Medicamentos básicos para uso obstétrico: ocitocina, misoprostol e uterotônicos; inibidores da contratilidade uterina; sulfato de magnésio 20% e 50%; anti-hemorrágico; hidralazina 20mg; nifedipina 10mg; aceleradores da maturidade pulmonar fetal; antibióticos; anestésicos; analgésicos.		
212. Instrumentos para parto vaginal operatório incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piperde tamanhos variados e vácuo extrator		
213. Material para identificação da mãe e do RN		
214. Balança para RN		
215. Mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante		
216. Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula nº 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia		
217. Material para ventilação (balão auto-inflável de 500ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H ₂ O ou manômetro)		
218. Máscaras faciais para RN a termo e pré-termo		
219. Material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e o fio guia estéril opcional		
220. Material para cateterismo umbilical		
221. Medicamentos (RN): adrenalina diluída 1:10.000; solução fisiológica; bicarbonato de sódio 4,2%; hidrocloreto de naloxona; vitamina K		
222. Material para drenagem torácica e abdominal		
223. Plástico protetor para evitar perda de calor		
224. Berço aquecido		
225. Sabão		
226. Toalha		
227. Água corrente		
228. Mesas		
229. Cadeiras		
230. Balança para recém-nascido		
231. Balança antropométrica		
232. Fita métrica flexível e inelástica		
233. Gel		
234. Papel toalha		
No alojamento conjunto, a presença de:		
235. Berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral		
236. Bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical		
237. Estetoscópio clínico		
238. Esfignomanômetro		
239. Balança para RN		
240. Balança		
241. Régua antropométrica		

242. Fita métrica de plástico		
243. Aparelho de fototerapia, 01 (um) para cada 10 berços		
244. Oftalmoscópio		
245. Horoscópio		
246. Colchão e travesseiro revestidos de material impermeável, íntegro e limpo		
247. Mesinha de cabeceira/armário		
248. Escada de dois degraus		
249. Biombo		
250. Sinalização sonora e/ou luminosa, funcionando para todos os leitos		
251. Iluminação de vigília		
252. Material de emergência para reanimação, 01 (um) para cada posto de enfermagem, composto por desfibrilador; carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril		
253. Analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, anti-hipertensivos e outras medicações de uso comum no puerpério e no período neonatal		
254. Aspirador com manômetro e oxigênio		
255. Glicosímetro		
256. Roupa para a mãe e o bebê		
257. Lavabo antes da entrada do AC		
258. Local para acompanhante		
259. Espaço físico adequado para o número de leitos		
UTIn (Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012)		
260. Material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I a esta Portaria		
261. Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito		
262. Ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos		
263. Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração		
264. Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos		
265. Conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito		
266. Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos		
267. Bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado;		

traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral		
268. Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade		
269. Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva		
270. Oftalmoscópio: no mínimo 2 (dois)		
271. Otoscópio: no mínimo 2 (dois)		
272. Negatoscópio: 1 (um) por UTIN		
273. Foco auxiliar portátil: 1 (um) por UTIN		
274. Aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN		
275. Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração		
276. Estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade		
277. Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito		
278. Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva		
279. Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4		
280. Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos		
281. Incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos		
282. Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração		
283. Balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos		
284. Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração		
285. Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN		
286. Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado		
Ucinco (Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012)		
287. Berço de calor radiante em no mínimo 10% dos leitos		
288. Incubadoras simples em no mínimo 60% dos leitos		
289. Berços de acrílico em no mínimo 30% dos leitos		
290. Monitor multiparâmetros: 1 para cada 5 leitos		

291. Ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e RN a termo: 1 para cada 3 RN		
292. Capacetes/capuz para oxigênio: 1 para cada 4 leitos		
293. Termômetro digital individual: 1 para cada leito		
294. Estetoscópio individual: 1 para cada leito		
295. Esfignomanômetro: 1 para cada 15 leitos ou menor fração		
296. Otoscópio: 1 para cada 15 leitos ou menor fração		
297. Oftalmoscópio: 1 para cada 15 leitos ou menor fração		
298. Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 15 leitos		
299. Conjunto de nebulizador e máscara: 1 para cada 4 leitos		
300. Aspirador portátil: 1 por unidade		
301. Bomba de infusão: 1 para cada leito		
302. Aparelhos de fototerapia: 1 para cada 4 leitos		
303. Balança eletrônica: 1 para cada 15 leitos		
304. Negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio-x: 1 por unidade		
305. Relógios de parede visíveis		
306. Calendários de parede visíveis		
307. Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 por leito		
308. Oxímetro de pulso: 1 para cada leito		
309. Termômetro: 1 para cada leito		
Ucinca (Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012)		
310. Incubadoras simples em pelo menos 20% dos leitos		
311. Berços de acrílico em pelo menos 80% dos leitos		
312. Ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e RN a termo: 1 para cada 5 RN		
313. Termômetro digital individual: 1 para cada leito		
314. Estetoscópio individual: 1 para cada leito		
315. Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 15 leitos		
316. Aspirador portátil: 1 para cada 15 leitos		
317. Balança eletrônica: 1 para cada 15 leitos		
318. Relógios de parede visíveis		
319. Calendários de parede visíveis		
320. Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 por leito		
321. Incubadora de transporte (compartilhado com a UCINCo)		
322. Esfignomanômetro (compartilhado com a UCINCo)		
323. Otoscópio (compartilhado com a UCINCo)		
324. Oftalmoscópio (compartilhado com a UCINCo)		
325. Conjunto de nebulizador e máscara		
IV – CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS		
326. Existência de livro de ordens e ocorrências		
327. Existência de livro de entrada e saída de pacientes		
328. Existência do censo diário		
329. Existência de normas		
330. Existência de protocolo de boas práticas ao parto e nascimento		
331. Existência de atividades sistemáticas de orientação às mães		
332. Existência de fluxos para atendimentos de emergência		

333. Existência visível dos 10 passos da IAC		
334. Consentimento para a mãe permanecer junto ao RN, caso seja necessária a internação da criança, em outra unidade		
335. Registro da manutenção preventiva de equipamentos		
REGISTRO DE DADOS		
Formulários para a organização do prontuário da paciente		
336. Prontuário da paciente		
337. Identificação e anamnese da paciente		
338. Evolução/prescrição médica		
339. Evolução/prescrição de enfermagem		
340. Registro gráfico dos sinais vitais		
341. Resultados de exames laboratoriais e outros auxiliares		
342. Existência de registro completo do partograma		
343. Prontuário informatizado		
344. A AIH (Autorização de Internação Hospitalar) assinada pelo enfermeiro obstetra		
345. Registro de resumo de alta		
INDICADORES GERAIS		
346. Existência de transporte sanitário, caso necessário		

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS GESTORES

Entrevista N°: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Hora: (__: __) Duração em minutos: _____

Local: _____

PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome:
Categoria profissional:
Tempo de formatura (anos): 1 - ≤ 2 anos 2 – 3 a 10 anos 3 – 11 a 20 anos 4 - > 20 anos 5 – não informado
Época da última atualização (anos): 1 - ≤ 1 ano 2 – 1 a 4 anos 3 – 5 a 9 anos 4 - ≥ 10 anos 5 – não recebeu atualização

PARTE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Está constituído o colegiado gestor na maternidade? 1 – sim 2 – não
2. O colegiado gestor tem definido o plano de trabalho, a metodologia de atuação e o acompanhamento do funcionamento? 1 – sim 2 – não
3. Os recursos financeiros de incentivo à rede cegonha são recebidos integralmente? 1 – sim 2 – não
4. Os recursos financeiros de incentivo à rede cegonha são utilizados em atividades da estratégia? 1 – sim 2 – não
5. O serviço está credenciado como hospital amigo da criança? 1 – sim 2 – não
6. Comissões formalmente constituídas e com livros de ata atualizados
6.1 Comissão de revisão de prontuário? 1 – sim 2 – não
6.2 Comissão de ética médica? 1 – sim 2 – não
6.3 Comissão de infecção hospitalar? 1 – sim 2 – não
6.4 Comitê de investigação de óbito materno, fetal e neonatal? 1 – sim 2 – não
6.5 Comissão de equipe de auditoria? 1 – sim 2 – não
7. A unidade conta com serviço de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI adulto)? 1 – sim 2 – não
8. A unidade hospitalar conta com Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTIN)? 1 – sim 2 – não
9. A unidade conta com Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)? 1 – sim 2 – não
10. A unidade conta com utiliza Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)? 1 – sim 2 – não
11. Há normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas sobre o atendimento à mulher, de fácil acesso à equipe de saúde? 1 – sim 2 – não
12. Há protocolo de boas práticas de atenção ao parto e nascimento? 1 – sim 2 – não
13. Há protocolo de assistência obstétrica? 1 – sim 2 – não
14. Há protocolo de assistência neonatal? 1 – sim 2 – não

15. Há registro de ações de educação permanente para profissionais de saúde? 1 – sim 2 – não
16. Há capacitação em emergências obstétricas (suporte avançado de vida em obstetria)? 1 – sim 2 – não
17. Há capacitação em reanimação neonatal? 1 – sim 2 – não
18. O serviço de atenção obstétrica e neonatal mantém em local visível a escala com nome dos profissionais, incluindo os plantões e a escala horizontal? 1 – sim 2 – não
19. A unidade garante a presença de pediatra na sala de parto ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido? 1 – sim 2 – não
20. A unidade garante a presença de enfermeiro neonatal na sala de parto ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido? 1 – sim 2 – não
21. A unidade hospitalar/maternidade possui banco de leite humano (BLH) em suas dependências? 1 – sim 2 – não
22. Caso não disponha de BLH próprio, está garantido o acesso a um BLH? 1 – sim 2 – não
23. A unidade hospitalar/maternidade dispõe de unidade transfusional funcionando 24 horas, todos os dias da semana? 1 – sim 2 – não
24. A declaração de nascido vivo (DNV) é entregue rotineiramente à puérpera ou responsável antes da alta? 1 – sim 2 – não
25. A unidade hospitalar conta com serviço de registro e emissão de certidão de nascimento? 1 – sim 2 – não
26. Há estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal? 1 – sim 2 – não
27. Há serviço de ouvidoria implantado na unidade hospitalar? 1 – sim 2 – não
28. As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento foram implantadas? 1 – sim 2 – não
29. Os indicadores de boas práticas de atenção ao parto são monitorados? () [1 – sim; 2 – não]
30. Há publicidade desses indicadores? () [1 – sim; 2 – não]
31. O acolhimento das parturientes é realizado com base numa classificação de risco? () [1-Sim; 2-Não]
Especificamente, quais as boas práticas durante o trabalho de parto consistentemente realizadas na instituição?
32. Liberdade de movimentação e mudança de posição () [1 – sim; 2 – não]
33. Acompanhante de livre escolha () [1 – sim; 2 – não]
34. Métodos não farmacológicos para alívio da dor () [1 – sim; 2 – não]
35. Estímulo a posições não supina (posição vertical) () [1 – sim; 2 – não]
36. Métodos farmacológicos para alívio da dor () [1 – sim; 2 – não]
37. Oferta de líquidos por via oral ()

[1 – sim; 2 – não]
38. Uso do partograma ()
[1 – sim; 2 – não]
39. Apoio individualizado por doulas ()
[1 – sim; 2 – não]
40. Administração profilática de ocitocina IM no terceiro estágio do parto ()
[1 – sim; 2 – não]
41. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares ()
[1 – sim; 2 – não]
42. Prevenção da hipotermia do bebê ()
[1 – sim; 2 – não]
43. Aleitamento materno imediato ()
[1-Sim; 2-Não]
44. Contato pele a pele imediatamente após o parto ()
[1 – sim; 2 – não]
45. Permanência do bebê em contato pele a pele por 30 minutos após o parto ()
[1 – sim; 2 – não]
46. A maternidade tem um Plano de Qualificação da Cesárea? ()
[1 – sim; 2 – não]
47. Monitoram os indicadores de redução de cesáreas? ()
[1 – sim; 2 – não]
48. Monitoram os indicadores de redução de cesáreas em nulíparas? ()
[1 – sim; 2 – não]

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

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) Senhor(A) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**, coordenada pela Prof.^a Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro e promovida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), através do Programa de Pós-Graduação, nível Doutorado.

A pesquisa tem como objetivo analisar a qualidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha. Desta maneira há necessidade de coleta de dados no sentido de identificar as condições de infraestrutura e dos serviços que refletem na qualidade da assistência interferindo em desfechos materno e infantis.

A pesquisa utilizará como técnicas de coleta de dados: entrevista, observação e questionário. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de evidenciar os avanços das maternidades em busca da melhoria dos indicadores maternos e infantis.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha ou estuda. As informações que a Senhora nos fornecer serão utilizadas apenas para essa pesquisa sem recebimento de remuneração pela participação. Suas respostas e dados pessoais serão sigilosos e a divulgação das informações produzidas só serão compartilhadas entre estudiosos da área.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a pesquisadora no endereço abaixo:

Nome: Cinthia Gondim Pereira Calou - Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço profissional: Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE,
 Telefone para contato: (85) 3366-8464/ Telefone pessoal (88) 99640-5280.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação. Sendo que: () aceito participar () não aceito participar

Fortaleza, Ceará, _____ de _____ de 2016

 Assinatura da Participante

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CEP/MEAC/UFC) que funciona na Rua Prof. Costa Mendes, 1608. Bloco didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-140. telefone (85)3366-8045, e-mail msp@ufc.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

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

APÊNDICE F - CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma Sra. Diretora do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**, pela aluna Cinthia Gondim Pereira Calou, sob orientação da Prof.^a Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, tendo como objetivo geral: Analisar a qualidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha; e objetivos específicos: (1) Verificar a adequação de recursos humanos, recursos materiais e equipamentos das maternidades e seus setores, às recomendações propostas pela Rede Cegonha; (2) Comparar a satisfação das puérperas acerca da existência dos recursos físicos, humanos, materiais e de equipamentos das três maternidades; (3) Associar a satisfação das puérperas quanto aos recursos físicos, humanos, materiais e de equipamentos das maternidades com a assistência ao parto e os desfechos perinatais. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Fortaleza, _____ de _____ de 2016.

Prof.^a Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Diretor – HMSVP

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

APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. **Diretor da Maternidade Santa Casa de Misericórdia de Sobral - SCMS**

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **MATERNIDADE SEGURA: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DE INSTITUIÇÕES HABILITADAS PELA REDE CEGONHA**, pela aluna Cinthia Gondim Pereira Calou, sob orientação da Prof.^a Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, tendo como objetivo geral: Analisar a qualidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha; e objetivos específicos: : (1) Verificar a adequação de recursos humanos, recursos materiais e equipamentos das maternidades e seus setores, às recomendações propostas pela Rede Cegonha; (2) Comparar a satisfação das puérperas acerca da existência dos recursos físicos, humanos, materiais e de equipamentos das três maternidades; (3) Associar a satisfação das puérperas quanto aos recursos físicos, humanos, materiais e de equipamentos das maternidades com a assistência ao parto e os desfechos perinatais. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Fortaleza, _____ de _____ de 2016.

Prof.^a Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Diretora – SCMS

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL DE MATERNIDADES DO CEARÁ

Pesquisador: Priscila de Souza Aquino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64889717.8.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.939.945

Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL DE MATERNIDADES DO CEARÁ

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de avaliação. Este projeto de pesquisa caracteriza-se como um projeto "guarda chuva" que envolverá a execução de três subprojetos acerca da temática geral sob investigação, qual seja: qualidade do cuidado materno e neonatal. Os subprojetos são:

A – Práticas obstétricas e neonatais.

B – Estrutura física e organizacional de maternidades

C – Competências profissionais

A coleta de dados será realizada no período de abril de 2017 a setembro de 2017 e desenvolvida nas maternidades habilitadas na Rede Cegonha

(RC) no Estado do Ceará.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade do cuidado materno e neonatal de maternidades da Rede Cegonha do Ceará.

Objetivo Secundário:

Avaliar as práticas de cuidado materno e neonatal em maternidades habilitadas pela Rede Cegonha.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3398-8580

Fax: (85)3398-8528

E-mail: cepnec@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.209.946

Avaliar a estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha.

Avaliar as competências profissionais no cuidado obstétrico em maternidades habilitadas pela Rede Cegonha

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece graves riscos por não se tratar de uma pesquisa de intervenção. Estudo avaliativo enquadra-se em pesquisas

observacionais, entretanto os riscos existentes dizem respeito a divulgações das informações coletadas.

Assim, serão tomadas todas as medidas

para que essas informações não sejam divulgadas e para que o sigilo e não maleficência sejam respeitadas.

Benefícios:

No que diz respeito aos benefícios, destaca-se que avaliar instituições de saúde poderá contribuir para identificar as principais lacunas na

assistência obstétrica, visando planejar ações para que as mesmas sejam sanadas e os índices de morbimortalidade materna e infantil no estado melhorem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto é relevante e certamente contribuirá para o aprimoramento das práticas do Programa "Rede Cegonha".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Protocolo apresenta todos os termos que são pertinentes às normas de pesquisa.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Somos pela aprovação do protocolo com acréscimo de observações às apreciações do relator, vide aspectos relatados nos itens do corpo do parecer do colegiado.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8560 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.529.946

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_853779.pdf	16/02/2017 14:30:20		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	16/02/2017 14:29:08	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Autorizacao_Sector.pdf	16/02/2017 14:24:22	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Termo_Fiel_Depositario.pdf	16/02/2017 14:23:43	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Termo_Utilizacao_Dados.pdf	16/02/2017 14:22:08	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Carta_anuencia_MEAC.pdf	16/02/2017 14:21:21	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Instrumento_de_validacao.pdf	16/02/2017 13:17:06	Priscila de Souza Aquino	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Julzes.pdf	16/02/2017 13:13:19	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Carta_de_anuencia_HMSVP.jpg	16/02/2017 13:00:30	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Outros	Carta_de_anuencia_SOBRAL.pdf	16/02/2017 12:59:12	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia.pdf	16/02/2017 12:57:36	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Orçamento	Orcamento.pdf	16/02/2017 12:30:44	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	16/02/2017 12:29:10	Priscila de Souza Aquino	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais.pdf	16/02/2017 12:26:09	Priscila de Souza Aquino	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Puerperas.pdf	16/02/2017 12:25:43	Priscila de Souza Aquino	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/02/2017 12:00:28	Priscila de Souza Aquino	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.939.946

FORTALEZA, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8560 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com