



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

REDE MÃE PARANAENSE:
A SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA NO PARTO

Londrina
2018

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

REDE MÃE PARANAENSE:
A SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA NO PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Franchi, Juliana Vicente de Oliveira.

Rede Mãe Paranaense : a segurança à saúde materna no parto / Juliana Vicente de Oliveira Franchi. - Londrina, 2018.
119 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Saúde materna - Tese. 2. Parto - Tese. 3. Segurança do paciente - Tese. 4. Avaliação em saúde - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

**REDE MÃE PARANAENSE:
SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA NO PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Londrina, 09 de novembro de 2018.

Meus Agradecimentos

A **Deus**,
por ter me sustentado na fé e no amor
durante toda a construção deste estudo,
por ter dado forças para seguir em frente
e alcançar o que o Senhor sonhou para mim.

À minha **Mãe**,
por ter me ensinado o verdadeiro sentido do amor,
por acreditar em mim, mais do que eu mesma.
Agradeço por cada gesto de carinho,
por se abster da sua vida pessoal
para se dedicar a mim e aos meus irmãos,
e pelo seu amor incondicional.

Ao meu **Pai**,
pelo seu esforço e dedicação para me proporcionar
uma admirável formação pessoal e profissional.
Você é o meu maior exemplo de compromisso
e competência nos estudos e no trabalho,
Obrigada Pai, por acreditar e confiar em mim.

Aos meus irmãos **Renata e José Elias**,
por poder contar com vocês em todas as circunstâncias,
por serem meus amigos, parceiros e
compartilharem comigo os momentos mais felizes.
Estaremos unidos pelo amor para sempre.

Aos meus sobrinhos **Júlia e Mateus**,
por trazerem tanto amor e alegria à minha vida.
Com você, Juju, experimentei
o amor mais puro e verdadeiro.
E quando você chegou Mateus,
em meio às turbulências do mestrado,
descobri que tenho muito amor para te dar.
Meu coração transborda de amor por vocês.

Ao meu **esposo Eduardo**,
por permanecer ao meu lado em todos os momentos,
por me dar a mão nos dias mais difíceis deste percurso,
por me apoiar, ser o meu maior incentivador,
e, sobretudo, pelo amor que me dedica a cada instante.
Certamente, foi Deus que trouxe você para mim.
Obrigada por tudo, amor.
Amo você!

À minha **Família** e aos **Amigos** especiais,
que sempre torceram pelas minhas conquistas,
por acreditarem nos meus sonhos e
serem meus grandes apoiadores.
Agradeço a Deus pela vida de vocês.

À poderosa orientadora,
Profª. Drª. **Alexandrina Ap. Maciel Cardelli**
pelo exemplo pessoal e profissional,
pelo compromisso e esforço em prol da prática,
ensino e pesquisa qualificada.
Obrigada por acreditar na relevância da minha pesquisa
e pela confiança depositada em mim.
Percorrer essa trajetória ao seu lado foi uma honra.
Agradeço por todo o conhecimento compartilhado;
desvendar um pouquinho da área obstétrica
foi a minha descoberta mais prazerosa.

À **Universidade Estadual de Londrina**
pela qualidade do ensino e da pesquisa,
da qual tenho orgulho de fazer parte
em minha formação acadêmica.

À professora Drª. **Rosângela Ap. Pimenta Ferrari**,
coordenadora do projeto multicêntrico,
no qual esta pesquisa está inserida,
que, com dedicação e competência,
conduziu toda a equipe do projeto.

A todos os **graduandos de enfermagem**
pelo empenho e disponibilidade
na etapa de coleta de dados.
Obrigada pela participação de
cada um de vocês.

Ao grupo de pesquisa
**“Núcleo de estudos e pesquisas experimentais
em saúde da mulher e sua dinâmica de vida”**
pelo conhecimento compartilhado
e apoio para a realização deste estudo.

Aos **colegas da turma do Mestrado**
pela troca de conhecimentos e experiências
que foram essenciais para o meu
crescimento e aprendizado acadêmico.
Com vocês essa caminhada
se tornou mais leve e satisfatória.

A **Fran**, minha irmã do mestrado,
pois dividimos a mesma “mãe”,
Agradeço à parceria e aos momentos intensos
que vivenciamos juntas. Você é muito querida.

A todas as **Mulheres**
que aceitaram participar desta pesquisa,
por terem compartilhado questões tão pessoais,
e por terem contribuído para o conhecimento
sobre a segurança materna no parto.
Vocês foram fundamentais para
a construção deste estudo.

Ao **Hospital Zona Sul de Londrina**,
onde exerço minha profissão com tanto amor.
Obrigada por proporcionar e apoiar
o aperfeiçoamento profissional
e acreditar na qualidade do serviço.

À **Família Zona Sul**,
em especial à equipe de enfermagem,
vocês são fonte de motivação e perseverança,
sinto orgulho de conviver com
profissionais que fazem a diferença
na assistência à saúde da população.

À minha amiga, **Paula**,
pelo incentivo desde o início.
Foi você que me impulsionou a prestar a
prova do mestrado e acreditar nesse sonho.
Agradeço o apoio durante toda essa jornada,
e, principalmente, pela maneira carinhosa
com que ouviu minhas angústias e incertezas,
pelos conselhos assertivos e pela grande
inspiração que representa para mim.

À Prof^a. Dr^a. **Sandra Marisa Pelloso** e
à Prof^a. Dr^a. **Rosângela Ap^a. Pimenta Ferrari**,
por aceitarem o convite de participar da banca
e pelas indicações e considerações atribuídas
ao aprimoramento deste estudo.

Por fim, agradeço a **Todos**
que, direta ou indiretamente,
me apoiaram e contribuíram
para a concretização deste estudo.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira. **Rede Mãe Paranaense: a segurança à saúde materna no parto.** 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

OBJETIVO GERAL: analisar a assistência prestada, durante a internação para o parto, pelos serviços de saúde inseridos na Rede Mãe Paranaense em relação à segurança à saúde materna. **MÉTODO:** recorte transversal de uma coorte prospectiva. A coleta de dados foi realizada de julho de 2017 a março de 2018, com 470 mulheres, por meio de um instrumento com roteiro de observação, dados do prontuário hospitalar e entrevista com chefia dos serviços e com a puérpera, segundo a tríade de Donabedian. A análise dos dados foi realizada por meio do teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de associações entre as variáveis independentes e dependentes [Desfecho materno adverso], [conhecimento sobre trabalho de parto (TP) e parto] e [satisfação no atendimento]. **RESULTADOS:** na Estrutura das maternidades observou-se a presença de sala de acolhimento (40%), sala de exame de admissão da parturiente (40%), quartos de pré-parto/parto/pós-parto (80%), instalação de barra fixa ou escada de ling (20%) e ambiente com banheiro exclusivo (60%). Verificou-se a presença de monitor e desfibrilador cardíaco em apenas 60% dos serviços. Mais de 50% dos serviços não ofereceram capacitação aos profissionais no ano anterior e 60% dispunham de protocolos clínico-obstétricos na instituição. Quanto ao Processo assistencial constatou-se que o desfecho materno adverso (DMA) ocorreu em 46,8% (n=220); o conhecimento sobre TP e parto, em 57,2% (n=269) e, a satisfação no atendimento, em 89,5% (n=421) das puérperas. Houve significância estatística entre o DMA e os antecedentes clínico-obstétricos ($p=0,015$); risco gestacional na admissão ($p=0,031$); alteração de SSVV ($p=0,048$); dinâmica uterina ($p=0,024$); estado das membranas ($p=0,001$); uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,012$); uso de analgesia farmacológica ($p=0,023$); uso de técnica de indução do parto ($p=0,050$); inserção de catéter venoso ($p=0,011$); presença de acompanhante durante TP e parto ($p=0,026$); duração de TP no partograma ($p=0,022$); local do parto ($p=0,001$) e o uso de episiotomia ($p=0,001$). Em relação ao desfecho de conhecimento sobre TP e parto houve associação estatística com paridade ($p=0,007$), antecedentes clínico-obstétricos ($p=0,014$), risco gestacional na admissão ($p=0,046$), dinâmica uterina ($p=0,026$), uso de técnicas não farmacológicas ($p=0,036$) e o local do parto ($p=0,001$). O desfecho satisfação no atendimento associou-se significativamente com o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,002$), restrição de líquido durante o trabalho de parto ($p=0,001$), tipo de parto ($p=0,001$) e uso de episiotomia ($p=0,005$). Também houve significância estatística entre o DMA e o atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,005$) e o atraso no transporte até a maternidade ($p=0,050$), enquanto o desfecho conhecimento sobre TP e parto, apresentou associação estatística com o atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,048$). **CONCLUSÕES:** os fatores assistenciais relacionados à Estrutura e Processo interferem no Resultado materno do parto. Portanto, promover a segurança da paciente na atenção ao parto, mediante um cuidado obstétrico seguro, em tempo oportuno, com conhecimento sobre TP e o parto e satisfação no atendimento, impactam diretamente na melhoria da qualidade da assistência prestada e na segurança da saúde materna.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Saúde materna. Avaliação em saúde.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira. *Mãe Paranaense Network*: the maternal health safety during delivery. 2018. 119 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: to analyze the assistance provided, during the hospitalization for delivery, by the health services inserted in the *Mãe Paranaense* Network with respect to maternal health safety. **METHOD:** it is a transversal cut of a prospective cohort. The collection of data took place from July 2017 to March 2018, with 470 women, through an instrument with an observation script, data from hospital records, and interviews with the heads of the services and with puerperal women, according to the Donabedian triad. The analysis of data was performed using the Chi-square test ($p \leq 0.05$) to seek associations between independent and dependent variables [Adverse maternal outcome], [Knowledge of labor (L) and delivery] and [Satisfaction in service]. **RESULTS:** regarding the Structure of the maternity units, we observed the presence of reception room (40%), admission examination room for parturients (40%), pre-delivery/delivery/post-delivery rooms (80%), installation of fixed bar or ling ladder (20%), and environment with exclusive bathroom (60%). We noted the presence of cardiac monitor and defibrillator in only 60% of the services. More than 50% of the services did not offer professional training in the previous year, and 60% had clinical-obstetric protocols in the institution. Regarding the Care Process, we noted that Adverse maternal outcome (AMO) occurred in 46.8% ($n=220$); Knowledge of L and delivery in 57.2% ($n=269$); and Satisfaction in service in 89.5% ($n=421$) of the surveyed puerperal women. There was statistical significance between AMO and clinical-obstetric backgrounds ($p=0.015$); gestational risk during admission ($p=0.031$); VS changes ($p=0.048$); uterine dynamics ($p=0.024$); membranes status ($p=0.001$); use of non-pharmacological techniques for pain relief ($p=0.012$); use of pharmacological analgesia ($p=0.023$); use of labor induction technique ($p=0.050$); insertion of venous catheter ($p=0.011$); presence of companion during L and delivery ($p=0.026$); duration of L in the partograph ($p=0.022$); place of delivery ($p=0.001$); and use of episiotomy ($p=0.001$). Regarding the outcome of the knowledge of L and delivery, there was statistical association with parity ($p=0.007$), clinical-obstetric backgrounds ($p=0.014$), gestational risk during admission ($p=0.046$), uterine dynamics ($p=0.026$), use of non-pharmacological techniques ($p=0.036$), and place of delivery ($p=0.001$). The outcome concerning the satisfaction in service was significantly associated with the use of non-pharmacological techniques for pain relief ($p=0.002$), fluid restriction during labor ($p=0.001$), type of delivery ($p=0.001$), and use of episiotomy ($p=0.005$). There was also statistical significance between AMO and the delay in seeking a health service ($p=0.005$), as well as with the delay in transportation until the maternity ($p=0.050$), while the outcome of the knowledge of L and delivery was statistically associated with the delay in seeking a health service ($p=0.048$). **CONCLUSIONS:** the care-related factors regarding Structure and Process interfere with the maternal Outcome of delivery. Therefore, when promoting patient safety in delivery care, through a safe and timely obstetric care, with knowledge of L and delivery and satisfaction in service, we directly influence the improvement of the quality of care provided and the maternal health safety.

Keywords: Patient safety. Maternal health. Health evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de análise de dados, segundo a tríade de Donabedian, Paraná, Brasil, 2017.....	23
-------------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

- Tabela 1** – Hospitais de Referência para o parto na Rede Mãe Paranaense para Gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 17ª Regional de Saúde de Londrina, Paraná, Brasil, 201830
- Tabela 2** – Distribuição dos serviços obstétricos segundo os requisitos de estrutura física, recursos materiais e equipamentos, Paraná, Brasil, 2018.....32

Estudo 2

- Tabela 1** – Tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto. Paraná, Brasil, 2018.....51
- Tabela 2** – Distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas das puérperas conforme desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.....52
- Tabela 3** – Distribuição das variáveis de internação e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.....53
- Tabela 4** – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento processo da tríade de Donabedian e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.....54
- Tabela 5** – Distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas das puérperas e o conhecimento sobre trabalho de parto e parto, Paraná, Brasil, 2018.....56
- Tabela 6** – Distribuição das variáveis de internação e o conhecimento sobre o estado de saúde, Paraná, Brasil, 2018.....57

Tabela 7 – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento processo da tríade de Donabedian e o desfecho conhecimento sobre TP e parto, Paraná, Brasil, 2018.....	58
Tabela 8 – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento processo da tríade de Donabedian e o desfecho satisfação no atendimento, Paraná, Brasil, 2018	59

Estudo 3

Tabela 1 – Tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto, Paraná, Brasil, 2018	79
Tabela 2 – Distribuição das orientações recebidas e condutas tomadas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade, Paraná, Brasil, 2018.....	80
Tabela 3 – Distribuição do tempo de acesso segundo “modelo três atrasos” de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018	81
Tabela 4 – Distribuição do tempo de acesso segundo “modelo três atrasos” de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho conhecimento sobre TP e parto, Paraná, Brasil, 2018	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AM	Aleitamento Materno
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
DMA	Desfecho Materno Adverso
IOM	Instituto de Medicina
MNF	Método não farmacológico
MS	Ministério da Saúde
NMM	Near Miss Materno
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Paraná
P	Parto
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
PNH	Programa Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RC	Rede Cegonha
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Regional de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	16
2	MANUSCRITO 1	25
2.1	INTRODUÇÃO	28
2.2	MÉTODO	29
2.3	RESULTADOS.....	32
2.4	DISCUSSÃO	34
2.5	CONCLUSÃO	41
2.6	REFERÊNCIAS	41
3	MANUSCRITO 2.....	45
3.1	INTRODUÇÃO	48
3.2	MÉTODO	49
3.3	RESULTADOS.....	51
3.4	DISCUSSÃO	61
3.5	CONCLUSÃO	68
3.6	REFERÊNCIAS	68
4	MANUSCRITO 3	73
4.1	INTRODUÇÃO	76
4.2	MÉTODO	77
4.3	RESULTADOS.....	79
4.4	DISCUSSÃO	82
4.5	CONCLUSÃO	87
4.6	REFERÊNCIAS	88
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	94

APÊNDICES	99
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE B – Instrumento de Registro de Dados.....	101
ANEXOS.....	110
ANEXO A – Autorização dos Serviços Obstétricos.....	111
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	117

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

*“O Cuidado costumava
ser simples, pouco efetivo e
relativamente seguro.
Agora, ele é complexo,
mais efetivo,
mas potencialmente perigoso”.*

Cyrill Chantler

Foram muitos os avanços na assistência à saúde visando à melhoria na qualidade dos serviços de atenção no Brasil, o que resultou na implantação de vários programas e políticas públicas para organizar o sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, no ano de 2010, criaram-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de integrar e organizar o sistema de atenção à saúde, com eficácia, eficiência, qualidade e segurança às condições de saúde da população (MENDES, 2011).

Na área materno-infantil essa proposta foi incorporada pelo Ministério da Saúde para a criação da Rede Cegonha, em 2011, com a intenção de qualificar e humanizar o cuidado à mulher e à criança (BRASIL, 2011).

A partir do lançamento dessa Rede, cada Estado assumiu a responsabilidade de implementá-la, levando a Secretaria de Saúde do estado do Paraná (SESA-PR), em 2012, a incorporar ao sistema de atenção à saúde materno-infantil, a Rede Mãe Paranaense (RMP), com a missão de garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2012).

Nesse contexto, em busca da promoção da qualidade em saúde, inevitavelmente se fala em segurança, pelo fato de que, atualmente, a segurança é considerada uma importante dimensão da qualidade (MARCOLIN, 2015).

Historicamente, a segurança apareceu pela primeira vez como constituinte do conceito de qualidade do cuidado à saúde no texto *“Crossing the quality chasm: a new health system the 21st century”* publicado em 2001 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (IOM, 2001).

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, o tema segurança do paciente ganhou ampla adesão internacional, chamando atenção para a magnitude do problema de segurança do paciente, devido ao número alarmante de mortes associadas a eventos adversos decorrentes do cuidado em saúde nos Estados Unidos (IOM, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Segurança do Paciente significa reduzir os riscos de danos desnecessários relacionados ao

cuidado à saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” refere-se ao que é plausível ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao cenário em que o processo assistencial está inserido, diante dos riscos existentes (WHO, 2009). Complementando esse conceito, a segurança do paciente, por sua vez, refere-se à redução de cuidados inseguros e à utilização de boas práticas a fim de alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (BRASIL, 2014a).

No Brasil, no ano de 2011, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess) trouxe ineditamente a segurança como atributo do cuidado em saúde com qualidade (VIACAVA *et al.* 2012).

Sequencialmente, no ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a fim de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a).

Por conseguinte, o Ministério da Saúde, por meio da RDC/ANVISA nº 36/2013, organizou ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, fossem eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exerciam ações de ensino e pesquisa. Essas ações deviam se articular às demais políticas de saúde com o objetivo geral de integrar e somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Considerando as iniciativas supramencionadas, a OMS propôs o Programa de Segurança no Parto e desenvolveu uma lista de verificação de segurança no parto para apoiar a prestação de cuidados essenciais às práticas maternas e perinatais pelos profissionais de saúde que atendem partos nas organizações de saúde e, assim, reduzir intervenções médicas desnecessárias, além da ocorrência de desfechos maternos adversos evitáveis (WHO, 2013).

Sabe-se que as mulheres são expostas a desfechos maternos adversos na assistência prestada durante a internação para o parto, sejam eles resultados da estrutura dos locais de parto ou do próprio processo assistencial ofertado (REIS, 2014).

Sob esse aspecto, outro fator que merece destaque é o tempo de acesso dessas mulheres aos cuidados obstétricos, pois o acesso oportuno aos

serviços obstétricos reduz significativamente o número que desfechos maternos fatais (UNFPA, 2002) que, juntos, se refletem diretamente na segurança da saúde materna.

No Brasil ocorrem aproximadamente três milhões de nascimentos por ano, que correspondem a mais de seis milhões de pacientes, entre parturientes e recém-nascidos, e 98% dos partos ocorrem dentro dos serviços de saúde, representando a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015a).

Esse universo é caracterizado pela diversidade de locais e profissionais envolvidos, embarcados por mulheres e familiares com grande expectativa por resultados positivos, englobando fatores emocionais, sociais e culturais (BRASIL, 2014b).

Ademais, é notória a alta incidência de intervenções desnecessárias com grande potencial de provocar danos na assistência obstétrica, o que intensificou a preocupação com a segurança materna, tornando a atenção ao parto uma das áreas prioritárias para ações voltadas à segurança da paciente (MARTINS, 2014; REIS, 2014).

Assim, no ano 2014, a ANVISA publicou o manual de “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade” com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal eficiente em todos os serviços do país, diminuir agravos resultantes do processo reprodutivo e/ou relacionados ao processo assistencial e incrementar segurança e humanização (BRASIL, 2014b).

A busca por melhorias na qualidade dos serviços obstétricos também foi manifestada pela saúde suplementar, o que desencadeou, na data de 06 de janeiro de 2015, pela diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a publicação da Resolução Normativa nº 368 que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais (por operadora, estabelecimento de saúde e médico) e sobre a utilização do partograma e do cartão da gestante (BRASIL, 2015b).

Nesse mesmo ano, foi lançado o Projeto brasileiro denominado Parto Adequado, uma iniciativa conjunta da ANS, do Hospital Israelita Albert Einstein

e do *Institute of Healthcare Improvement* americano, com o apoio do MS, sendo implantado em hospitais privados e públicos para melhoria da atenção ao parto e ao nascimento no país (BRASIL, 2015c).

Em 2017, o Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, descreveu as evidências científicas que respaldam a utilização das práticas mais comuns no cenário do parto, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal e, conseqüentemente, reduzir práticas intervencionistas (BRASIL, 2017).

No início do ano de 2018, novas recomendações foram divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamentadas em consenso científico, a fim de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e garantir uma experiência positiva na hora do parto, direcionadas aos serviços de saúde, na busca de valorizar o nascimento natural (WHO, 2018).

Diante dessa diversidade de estratégias que orientam a prestação de cuidados nos serviços de saúde voltados à qualidade do cuidado no parto, e pelo desafio de retomar o conceito de segurança do paciente em obstetrícia, torna-se obrigatória a efetivação de programas e de ações em saúde que cumpram seus objetivos e metas propostos, a fim de proporcionar melhores condições de saúde ao público-alvo (LIMA; SILVA, 2011).

A avaliação desses programas e políticas públicas deve ser considerada uma importante ferramenta de gestão, que, além de descrever os resultados, pode ser utilizada para adequar o seu funcionamento e melhorar o processo de implementação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Dessa forma, estudos que mensuram, avaliam ou analisam a assistência à saúde são essenciais para o diagnóstico de como os prestadores de serviços estão articulados para oferecer assistência de qualidade e segura durante a internação para o parto, e para verificar se as ações ofertadas seguem o preconizado pelos programas e políticas públicas de segurança à saúde materna.

Para mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado, Donabedian, considerado um dos autores precursores da temática qualidade do cuidado em saúde, propõe a utilização da clássica tríade: estrutura,

processo e resultado. O autor pressupõe a existência de uma inter-relação entre estrutura, processo e resultado, em que o recurso ou tecnologia (estrutura) e o diagnóstico ou tratamento (processo) podem ser determinantes para um desfecho (resultado) no cuidado à saúde (DONABEDIAN, 1978).

Os componentes da tríade construída por Donabedian não podem ser considerados atributos (ou dimensões) da qualidade do cuidado. Os três elementos presentes nessa tríade são abordagens utilizadas para se obter informações sobre a presença ou a ausência dos atributos (ou dimensões) da qualidade no cuidado prestado.

Para se entender cada componente da tríade, sabe-se que a estrutura compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado, englobando a estrutura organizacional, recursos materiais, instalações institucionais, acesso, transporte, equipamentos ou tecnologias, recursos humanos e recursos financeiros envolvidos na assistência. O processo refere-se às etapas que constituem o cuidado de saúde em si, ofertado pelos profissionais de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, educação do paciente. O resultado compreende aos desfechos (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações (DONABEDIAN, 1988).

Para além dos desfechos clínicos e uma abrangência mais ampla da qualidade assistencial ofertada, é imprescindível que se considere a avaliação da satisfação do paciente, como um parâmetro essencial no processo do cuidado. Quando o cuidado ofertado é centrado na doença, nem sempre são contempladas todas as necessidades do paciente. Desse modo, é de extrema importância o envolvimento interpessoal e empático com o usuário, levando-se em consideração o contexto social, econômico, demográfico, crenças, valores e expectativas para estabelecer, de maneira adequada, o atendimento assistencial à saúde do indivíduo ou da população (DONABEDIAN, 2005).

E para complementar a análise dos fatores assistenciais relacionados à estrutura dos locais de nascimento e também ao cumprimento da missão do programa Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012), que além da promoção de um cuidado seguro e de qualidade à mulher no parto, visa a garantia de acesso e atenção à saúde materna, utilizou-se o modelo “3 atrasos” de Thaddeus

e Maine (1994) para analisar o tempo de acesso das mulheres aos cuidados obstétricos. Esses autores consideram os elementos dos “3 atrasos” os responsáveis pelos desfechos maternos de maior gravidade: (1) atraso na decisão de buscar o serviço de saúde; (2) atraso em identificar e alcançar o serviço de saúde adequado; e (3) atraso em receber o cuidado adequado no momento oportuno.

De acordo com Thaddeus e Maine (1994), a demora no acesso aos cuidados obstétricos em um desses três elementos explica grande parte dos desfechos maternos adversos fatais. Outros autores também utilizaram esse modelo para esclarecer alguns casos de morbidade materna grave (AMORIM *et al.*, 2008; PACAGNELLA *et al.*, 2014).

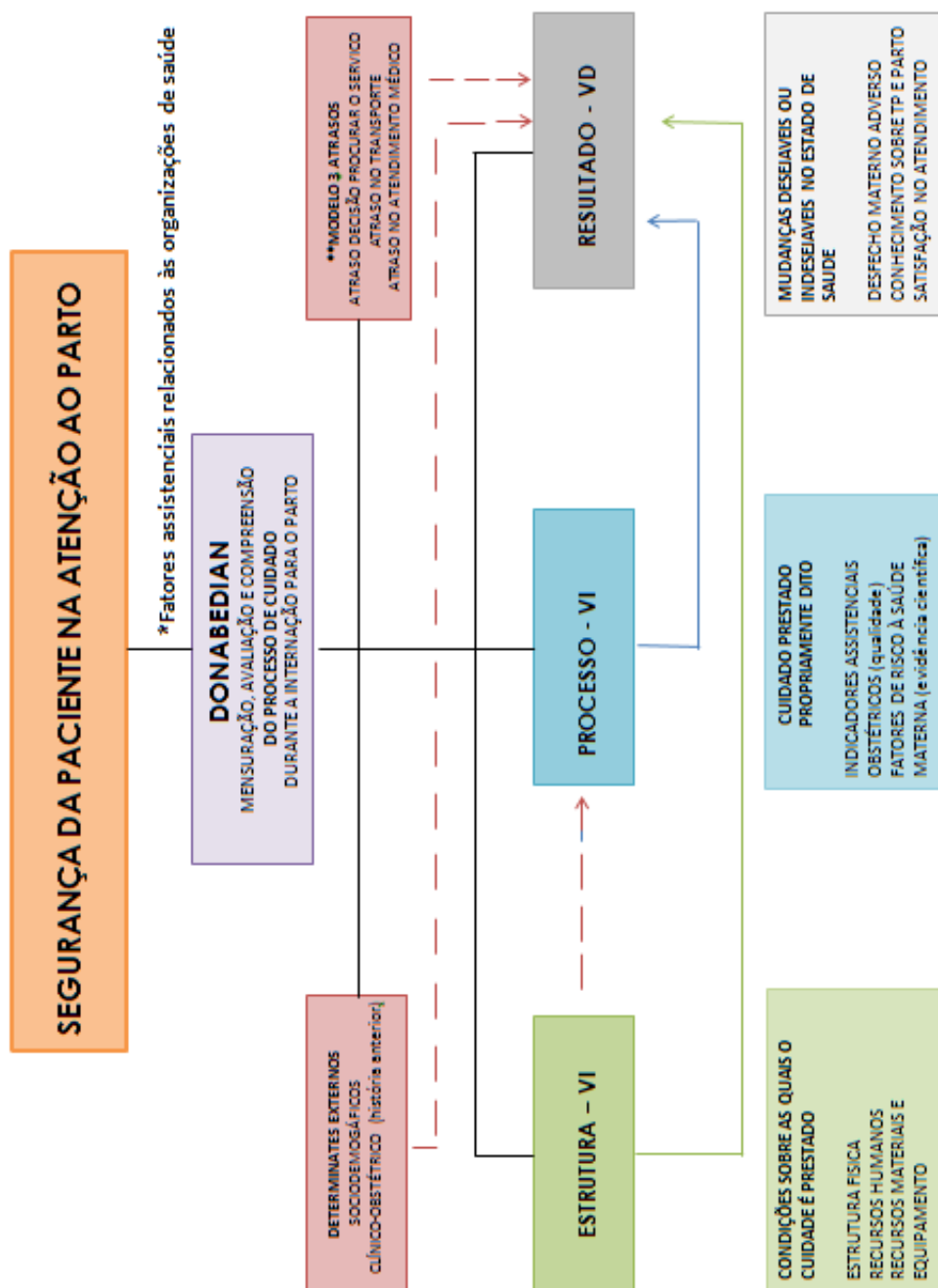
Vale ressaltar que o conceito de qualidade do cuidado à saúde vem se modificando ao longo do tempo e incluindo novas dimensões, a exemplo da dimensão Segurança citada anteriormente, que ganhou relevância quando a magnitude de erros evitáveis foi reconhecida publicamente. Desde então, essa dimensão é considerada um importante atributo constituinte do conceito de qualidade do cuidado, de modo que, na presente dissertação, analisa-se a Segurança do conceito da qualidade do cuidado, com enfoque na área obstétrica.

Diante do exposto, ressalta-se que este estudo é um recorte de uma coorte prospectiva multicêntrica, intitulada “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, que acompanhou o segmento da assistência a mulheres, da internação para o parto até o segundo ano pós-parto, composto por quatro etapas. A primeira etapa ocorreu durante a internação das mulheres para o parto em quatro maternidades referência para o risco habitual e intermediário, e uma maternidade referência para gestação de alto risco; a segunda etapa ocorreu por meio de entrevista telefônica com as puérperas, 30 dias pós-parto, e na terceira e quarta etapas ocorrerão visitas domiciliares com 180 dias e um ano e meio de pós-parto.

Os manuscritos desta dissertação apresentam os resultados da primeira fase da coorte, caracterizando-se como estudos transversais, cujo objetivo geral foi analisar a assistência prestada durante a internação para o parto pelos serviços de saúde inseridos na Rede Mãe Paranaense em relação à segurança à saúde materna.

Para interpretação dos fatores assistenciais relacionados às organizações de saúde, criou-se um modelo de análise dos dados, segundo o referencial teórico metodológico de Donabedian, utilizando-se a tríade Estrutura, Processo e Resultado (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Análise de dados, segundo a tríade de Donabedian, Paraná, Brasil, 2017.



Fonte: autores (2017).

A hipótese aqui proposta é a de que os gestores de saúde têm instituído políticas públicas de qualidade e segurança à atenção materna visando reduzir os riscos e ocorrências de eventos adversos relacionadas à estrutura das maternidades e/ou ao processo de cuidado, o que tem contribuído positivamente para a assistência qualificada ao trabalho de parto e ao parto, e também para o cuidado seguro à saúde materna.

2 MANUSCRITO 1

*A Estrutura das Maternidades e a
Segurança à Saúde Materna*

A ESTRUTURA DAS MATERNIDADES E A SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA

RESUMO

OBJETIVO: avaliar a estrutura dos serviços obstétricos inseridos na Rede Mãe Paranaense nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **MÉTODO:** estudo transversal, descritivo, realizado em cinco maternidades referência para parto, sendo quatro maternidades para risco habitual e intermediário e uma de alto risco. A coleta de dados ocorreu de julho de 2017 a janeiro de 2018. Foi empregado um roteiro de observação e entrevista com chefias e profissionais dos serviços. Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Para análise dos dados utilizou-se como referência as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** em relação aos requisitos da estrutura observou-se a presença de sala de acolhimento para a parturiente e o acompanhante (40%), sala de exame de admissão da parturiente (40%), a quartos de pré-parto/parto/pós-parto (PPP) (80%). Os quartos PPP dispunham de pia para higienização das mãos (60%), nenhuma maternidade do estudo contava com climatização com ar condicionado, havia pontos de oxigênio (100%), instalação de barra fixa ou escada de ling (20%), ambiente com banheiro exclusivo (60%), berço para cada leito materno (80%), poltronas para permanência da família junto à mulher e recém-nascido (20%). Quanto ao acesso aos serviços de assistência especializada disponíveis dentro das maternidades foi constatada a oferta de ultrassonografia (60%), ultrassonografia com doppler (80%), ecocardiografia (60%), radiologia (80%), laboratório clínico (80%), hemoterapia (40%) e posto de coleta de leite humano (40%). A respeito da disponibilidade de materiais de emergência para reanimação, 100% das maternidades tinham tais recursos, no entanto, apenas 60% possuíam o carro de emergência com monitor e desfibrilador cardíaco. Observou-se que mais de 50% dos serviços obstétricos não ofereceram capacitação aos profissionais de saúde no ano anterior. Em 60% das instituições os protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico estavam disponíveis, porém encontravam-se desatualizados. **CONCLUSÕES:** Faz-se necessário melhoria na estrutura física das maternidades, investimentos em capacitação dos profissionais de saúde, elaboração e atualização dos protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico, visando, assim, o cumprimento das regulamentações nacionais para qualificação da assistência obstétrica e a segurança à saúde materna.

Palavras-chave: Estrutura dos serviços. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Avaliação em saúde. Saúde Materna. Segurança do paciente.

THE STRUCTURE OF MATERNITY UNITS AND MATERNAL HEALTH SAFETY

ABSTRACT

OBJECTIVE: to evaluate the structure of obstetric services inserted in the *Mãe Paranaense* Network in the cities of the 17th Regional Health Service of the State of Paraná. **METHOD:** it is descriptive cross-sectional study conducted in five maternity units specialized in deliveries, with four maternities for usual and intermediate risk and one maternity for high risk. The collection of data took place from July 2017 to January 2018. We used an observation script and conducted interviews with the heads and professionals of the services. Data were compiled in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 20.0. In order to analyze data, we used the guidelines established by the Brazilian Ministry of Health as a framework. **RESULTS:** regarding the requirements of the structure, we observed the presence of reception room for parturients and companions (40%), admission examination room for parturients (40%), as well as pre-delivery/delivery/post-delivery rooms (DR) (80%). The DR rooms had hand hygiene sinks (60%); none of the surveyed maternity units had climate control through air conditioning; there were oxygen points (100%), installation of fixed bar or ling ladder (20%), exclusive bathroom environment (60%), crib for each maternal bed (80%), and armchairs for the permanence of the family with the woman and the newborn (20%). As for the access to the specialized care services available in the maternity units, we noted the offer of ultrasonography (60%), Doppler ultrasonography (80%), echocardiography (60%), radiology (80%), clinical laboratory (80%), hemotherapy (40%) and collection points for human milk (40%). With respect to the availability of emergency resuscitation materials, 100% of the maternity units had such resources; however, only 60% had an emergency car with a monitor and a heart defibrillator. We observed that more than 50% of the obstetrical services did not offer training to health professionals in the previous year. In 60% of the institutions, the clinical-obstetric protocols/ obstetric care guidelines were available, but they were outdated. **CONCLUSIONS:** there is a need for improvements in the physical structure of maternity units, investments in training of health professionals, and preparation and updating of clinical-obstetrical protocols/guidelines for obstetric care, thereby focusing the compliance with national regulations for the enhancement of obstetric care and of maternal health safety.

Keywords: Structure of Services. Maternal-Child Health Services. Health Evaluation. Maternal Health. Patient Safety.

2.1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de serviços de saúde recebeu destaque mundial a partir do monitoramento de indicadores de qualidade relacionados à eficácia, efetividade, segurança e eficiência do cuidado (MACHADO *et al.*, 2013). A segurança é a mais recente dimensão constituinte do conceito de qualidade do cuidado à saúde (IOM, 2001), o que permite inferir que a promoção da qualidade no cuidado está diretamente relacionada à segurança do paciente (MARCOLIN, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente é reduzir o risco de danos evitáveis decorrentes do cuidado à saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” refere-se ao que é aceitável ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao cenário assistencial em que o cuidado está inserido (WHO, 2009).

Complementando esse conceito, na área obstétrica a segurança do paciente refere-se à minimização do risco de erro ou dano no cuidado fundamentado na fisiologia do parto, redução de técnicas intervencionistas e uso de práticas recomendadas cientificamente, para promoção de um cuidado materno seguro (CARTER *et al.*, 2010).

A ciência da qualidade e segurança depende de mensurações significativas e quantificáveis como qualquer outra ciência (PETTKER; GROBMAN, 2015). Portanto, os fatores de riscos assistenciais devem ser controlados e mensurados para melhoria da segurança e da qualidade, os quais compreendem os aspectos relacionados à estrutura dos locais de parto ou ao próprio processo assistencial (BRASIL, 2014a).

Donabedian, considerado um dos autores precursores da temática qualidade do cuidado em saúde, propõe a utilização da clássica tríade: estrutura, processo e resultado para a avaliação e compreensão do processo de cuidado. Para esse autor, uma estrutura adequada dos serviços possivelmente seja o meio mais importante para a prevenção e promoção da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1978).

Neste estudo, foram abordados os fatores assistenciais relacionados à estrutura dos locais de parto, que compreendem elementos referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado, o que envolve os recursos físicos, materiais, equipamentos, humanos, financeiros, tecnológicos (REIS, 2014). Isto

porque pressupõe que serviços obstétricos com estruturas adequadas contribuam para o cuidado de qualidade e seguro à mulher e à criança. No entanto, não se pode afirmar que exista uma relação direta entre uma boa estrutura e a prestação qualificada de cuidados, porém, uma estrutura inadequada pode prejudicar a qualidade do cuidado e a segurança, ou seja, deficiências na estrutura podem interferir nos resultados maternos no parto (MAGLUTA *et al.*, 2009; BITERN COURT *et al.*, 2014).

Assim, considerando-se que a promoção de condições de estrutura adequadas assume um importante papel para a produção do cuidado obstétrico de qualidade e a segurança à saúde materna espera-se, com este estudo, levantar as potencialidade e fragilidades referentes à estrutura das maternidades. Visa-se, com essa ação, incentivar investimentos na organização e estruturação dos serviços obstétricos para garantia de uma infraestrutura adequada, estabelecimento de protocolos clínico-obstétricos e, sobretudo, a capacitação de profissionais com o intuito de proporcionar as condições necessárias voltadas a um cuidado de qualidade e seguro durante trabalho de parto e parto.

Ressalta-se, portanto, que este estudo teve o objetivo de avaliar a estrutura dos serviços obstétricos inseridos na Rede Mãe Paranaense, nos municípios da 17ª Regional de Saúde (RS) do estado do Paraná.

2.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado em cinco maternidades referência para o parto.

A 17ª Regional de Saúde de Londrina totaliza 884.039 habitantes e é constituída por 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana e Londrina (IBGE, 2015).

Esses municípios contam com 11 hospitais referência para o parto, sendo nove para o Risco Habitual, e, destes, quatro atendem o Risco Intermediário. Os leitos obstétricos para risco intermediário somam 42 leitos de internação e não dispõem de unidade de terapia intensiva (UTI). Para gestação de Alto Risco, os dois hospitais (um público e um filantrópico) juntos ofertam 21 leitos de Unidade de

Terapia Neonatal/Pediátrica e 27 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (Tabela 1). O hospital público conta com 13 leitos de terapia intensiva neonatal e 14 de cuidados intermediários, e, destes últimos, quatro estão disponíveis na Unidade Canguru.

Tabela 1. Hospitais de Referência para o parto na Rede Mãe Paranaense para Gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 17ª Regional de Saúde de Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

Hospitais/Maternidades	Municípios de abrangência
Risco Habitual	
Hospital Pró-Vida Assai	Assaí
Hospital São Jorge	Bela Vista do Paraíso
Santa Casa de Cambé	Cambé, Prado Ferreira, Miraselva.
Hospital Municipal Santa Branca	Florestópolis
Hospital Cristo Rei	Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis.
Hospital de Jaguapitã	Jaguapitã
Maternidade Municipal Lucilla Ballallai	Londrina, Tamarana.
Hospital Municipal de Porecatu	Porecatu
Hospital São Rafael	Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupianópolis, Pitangueiras.
Risco Intermediário	
Santa Casa de Cambé	Cambé, Prado Ferreira, Miraselva.
Hospital Cristo Rei	Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis.
Maternidade Municipal Lucilla Ballalal	Londrina, Tamarana.
Hospital São Rafael	Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupianópolis, Pitangueiras.
Alto Risco	
Hospital Universitário de Londrina	Cambé, Prado Ferreira, Miraselva, Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis, Londrina, Tamarana, Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupianópolis, Pitangueiras, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Florestópolis, Jaguapitã, Porecatu.
Hospital Evangélico de Londrina	

A população do estudo foi constituída de cinco maternidades de referência para o parto, na Rede Mãe Paranaense da 17ª Regional de Saúde, Paraná: uma de Alto Risco (maternidade do Hospital Universitário de Londrina), e quatro de Risco Habitual ou Risco Intermediário (Santa Casa de Cambé, Hospital Cristo Rei de Ibiporã, Maternidade Municipal Lucilla Ballalai de Londrina e Hospital São Rafael de Rolândia).

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, mediante um roteiro de observação feita pelo pesquisador, e entrevista com profissionais enfermeiros responsáveis pelo serviço, para levantamento de dados referente à estrutura das maternidades.

Os dados relacionados à estrutura foram obtidos não apenas pelas entrevistas com chefias e/ou profissionais de enfermagem responsáveis pela assistência, mas também por observação direta dos pesquisadores, a fim de reduzir vieses caso os profissionais relatassem uma estrutura mais adequada que a realidade, o que poderia levar a uma superestimação de adequação referente à estrutura dos serviços.

O formulário foi estruturado com questões sobre a caracterização dos hospitais maternidade e sobre o elemento Estrutura da tríade de Donabedian (1988), contemplando a estrutura física geral, recursos materiais, tecnológicos, equipamentos, recursos humanos, processos assistenciais padrão; e também um roteiro de observação dos locais de parto, referente aos aspectos de estrutura física e disponibilidade de recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para o cuidado obstétrico (APÊNDICE B).

O instrumento foi baseado na regulamentação brasileira, conforme a RDC 36/2008, que dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, independente da complexidade ofertada, devendo ser fundamentado na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (BRASIL, 2008).

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. A análise dos dados compreendeu a distribuição de frequência relativa das variáveis estudadas, de acordo com as normas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Rede Mãe Paranaense, na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da

criança”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que obteve aceite nos cinco hospitais/maternidades em estudo (ANEXO A), e teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR, em 09 de maio de 2017, sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231 (ANEXO B).

2.3 RESULTADOS

Nos serviços obstétricos investigados observou-se que a maior proporção (60%) das maternidades foi classificada como de natureza filantrópica; o restante (40%), de natureza pública.

Quanto ao nível de complexidade dos estabelecimentos, 80% correspondiam a maternidades de baixa complexidade, referência para gestação de risco habitual e intermediário, e 20%, de alta complexidade, referência para gestação de alto risco, com disponibilidade de unidade de terapia intensiva (UTI).

Em relação à presença dos requisitos de estrutura física, os resultados estão distribuídos na Tabela 2 de acordo com os itens recomendados pelo Ministério da Saúde sobre estrutura mínima necessária para um serviço obstétrico.

Tabela 2 – Distribuição dos serviços obstétricos, segundo requisitos de estrutura física, recursos materiais e equipamentos, Paraná, Brasil, 2018.

Infraestrutura Física	Sim		Não	
	n	%	n	%
Disponibilidade				
Sala de acolhimento da parturiente e acompanhante	2	40,0	3	60,0
Sala de exame e admissão da parturiente	2	40,0	3	60,0
Sala de estar e reunião para acompanhante, visitantes e familiares	--	--	5	100,0
Sanitários exclusivos para acompanhantes/ visitantes	1	20,0	4	80,0
Quarto pré-parto/parto/pós-parto (PPP)	4	80,0	1	20,0
Quarto/enfermaria alojamento conjunto	5	100,0	--	--
Quartos de pré-parto/parto/pós-parto				
Pia para higienização das mãos	3	60,0	2	40,0
Pontos de oxigênio	4	80,0	1	20,0
Instalação de banheira	--	--	5	100,0
Barra fixa ou escada de ling no banheiro	1	20,0	4	80,0
Banheiro exclusivo	3	60,0	2	40,0
Quartos/enfermaria alojamento conjunto				
Banheiro exclusivo	3	60,0	2	40,0
Pia para higienização das mãos	3	60,0	2	40,0
Bancada com pia para cuidados higienização lactente	1	20,0	4	80,0

Quanto ao acesso aos serviços de assistência especializada disponíveis dentro das maternidades, foi constatada a oferta de ultrassonografia (60%), ultrassonografia com doppler (80%), ecocardiografia (60%), radiologia (80%), laboratório clínico (80%), hemoterapia (40%) e posto de coleta de leite humano (40%). Nos demais serviços há necessidade de deslocamento externo para o acesso a esses recursos.

No que diz respeito à existência de materiais e equipamentos nas maternidades, observou-se a disponibilidade de camas hospitalares reguláveis (100%), berço para cada leito materno (80%), mesa para exame ginecológico (100%), mesa de cabeceira para cada leito (60%), poltronas para permanência da família junto à mulher e ao recém-nascido (20%). Entretanto, nenhuma maternidade do estudo dispunha de climatização com ar condicionado. No que se refere aos materiais necessários para a assistência durante o parto normal e cirúrgico, os serviços obstétricos contemplavam todos eles, conforme normativa vigente.

Já em relação aos materiais de emergência para reanimação materna, a totalidade das maternidades dispunha de tais recursos (medicamentos para urgência e emergência, laringoscópio completo, ressuscitador manual completo, máscaras, tubos endotraqueais, conectores, cânula de guedel e fio guia). No entanto, apenas 60% possuíam equipamento de emergência de monitorização e desfibrilação cardíaca para atendimento dos casos de emergências maternas.

Também foi identificado que apenas 40% dos serviços obstétricos contavam com equipes multidisciplinares compostas por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, fonoaudiólogo para execução da assistência à mulher durante a internação para o parto.

Contudo, a presença de profissionais médicos e de enfermagem foi constatada em todas as maternidades. Embora o dimensionamento não atendesse quantitativamente às normativas estabelecidas, a grande maioria era especialista na sua área de atuação. Notou-se também atividade de ensino, alunos de graduação e residência multiprofissional, mas somente em 40% das maternidades estudadas, uma maternidade de risco habitual e intermediário e outra de alta complexidade, referência para gestação de alto risco.

Constatou-se que 40% dos serviços utilizavam ferramentas de avaliação de desempenho dos profissionais, entretanto, somente 20% trabalhavam efetivamente com indicadores de resultados assistenciais para avaliação e melhoria

da qualidade da assistência.

Outro aspecto avaliado foi que pouco mais da metade (60%) das maternidades investigadas tinha protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico, porém 66% deles estavam desatualizados ou os profissionais entrevistados não souberam relatar quais estavam disponíveis para consulta e orientação da equipe de trabalho.

A respeito da realização de educação permanente no serviço, evidenciou-se que menos de 50% dos serviços obstétricos ofereceram capacitação aos profissionais de saúde no último ano, sendo que o treinamento sobre os dez passos do aleitamento materno (AM) foi o mais citado entre os responsáveis pelo serviço, apesar de 60% deles não serem transmitidos periodicamente à equipe.

Quanto ao conteúdo das orientações fornecidas nesses treinamentos, as chefias dos serviços destacaram as seguintes: as vantagens do AM (60%), manejo do AM (80%), apoio na amamentação na primeira meia hora após o parto (80%), manutenção da lactação mesmo a mãe separada de seu filho (60%), avaliação das mamas e condição da mulher (100%), encorajamento do aleitamento sob livre demanda (100%), orientação para não dar bicos ou chupetas a crianças amamentadas no peito (40%), estímulo para a formação de grupos de apoio à amamentação para encaminhamento das mulheres (40%).

2.4 DISCUSSÃO

No atual cenário científico existem limitadas publicações específicas sobre as estruturas dos serviços obstétricos, o que reveste de extrema importância a elaboração de novos estudos sobre essa temática, pois a estrutura dos locais de parto pode contribuir para a qualidade do cuidado prestado durante a internação para o parto e a segurança à saúde materna.

As maternidades são organizações de saúde singulares, as quais acomodam, ao mesmo tempo, duas pessoas que não apresentam necessariamente doença, gerando grande expectativa por resultados positivos, o que envolve fatores emocionais, sociais e culturais dos pacientes e familiares, reafirmando-se, assim, a importância da avaliação dos recursos de estrutura, e da produção de um cuidado seguro para essa população (BRASIL, 2014b).

Especificamente no Brasil, a preocupação com a abordagem dos recursos de estrutura merece destaque e atenção, devido à insuficiência da oferta de profissionais e ambientes adequados para a assistência à saúde da população (MACHADO *et al.*, 2013), pela dificuldade no acesso aos cuidados devido à longa distância até a maternidade, falta de transporte acessível, atraso no acesso a serviço de referência para parto, e custos indiretos relacionados aos locais de nascimento (BOHREN *et al.*, 2014).

Neste estudo, o foco são as recomendações relativas à estrutura dos Serviços de Atenção Materna e Neonatal, de acordo com as exigências contidas na RDC 36/2008 (BRASIL, 2008). Ademais, as recomendações da RDC/ANVISA nº 63, de 23 de novembro de 2011, dispõem sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os Serviços de Saúde no país e torna explícita a exigência de que cada organização de saúde deve estabelecer estratégias e ações direcionadas à segurança do paciente (BRASIL, 2011).

Foi considerada a qualidade e segurança dos fatores assistenciais referentes aos aspectos relacionados às características sob as quais os cuidados são prestados, que vão desde a infraestrutura, recursos humanos, insumos, equipamentos, até a maneira como a assistência ao parto nas maternidades selecionadas está organizada (REIS, 2014).

Os resultados apresentados neste estudo demonstraram, de maneira variada, (in) adequações em relação à estrutura física, recursos materiais, equipamentos e humanos das maternidades – públicas ou filantrópicas – inseridas no Programa Rede Mãe Paranaense. Vale ressaltar que esse programa tem como missão garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2012).

Também é importante destacar que a inquietação com a segurança nos locais de parto é um processo social e dinâmico inserido em um contexto influenciado por fatores estruturais, organizacionais e humanos que envolvem toda a equipe multidisciplinar, em que cada profissional deve assumir a responsabilidade e a interdependência para a obtenção de cuidados seguros e de alta qualidade (LYNDON *et al.*, 2015).

Neste estudo evidenciou-se que menos de 50% das maternidades dispunham de infraestrutura adequada para a atenção ao parto – sala de

acolhimento da parturiente e acompanhante; sala de exame e admissão da parturiente; sala de estar e reunião para acompanhante, visitantes e familiares, o que não atende as recomendações na estruturação dos Serviços de Atenção Materna e Neonatal (BRASIL, 2008) e compromete a capacidade de proporcionar acolhimento e humanização da atenção necessária para um cuidado de qualidade e de segurança para a paciente.

Um resultado positivo encontrado foi a identificação de que a maioria, (80%), dos hospitais/maternidades possuem quartos para PPP (pré-parto, parto, pós-parto), conforme preconizado pela legislação, ambientes que proporcionam privacidade, humanização e segurança no cuidado à parturiente nesses três períodos (STANCATO; VERGILIO; BOSCO, 2011). Esse achado está de acordo com os padrões normativos estabelecidos pelo MS que destina a sala de PPP à humanização do atendimento, regaste do vínculo mãe-filho, presença do acompanhante, com o objetivo de minimizar o risco à saúde e melhorar a satisfação da mulher no parto (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar que os serviços de atenção materna e neonatal precisam contar com uma estrutura física baseada na missão assistencial, atribuições, atividades, nível de complexidade, porte e grau de risco. Também devem disponibilizar ambientes e instalações necessários à prestação de cuidados com segurança e qualidade, e ainda desenvolver atividades de gerenciamento dos riscos à saúde inerentes à prática do trabalho (BRASIL, 2014b).

Um estudo realizado em uma maternidade no Norte do Brasil, sobre os indicadores assistenciais relacionados à estrutura física dos serviços obstétricos, identificou que a maioria das mulheres não ficou satisfeita com a estrutura física, referindo falta de privacidade, o que se refletiu diretamente na qualidade da assistência oferecida. Constata-se, então, a importância de um ambiente com iluminação adequada, garantia de privacidade, banheiros exclusivos, a fim de proporcionar as condições de estrutura de acordo com a necessidade materna e favorecer uma experiência positiva no parto (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Outro achado importante neste estudo foi o acesso a recursos assistenciais – ultrassonografia, ecocardiografia, hemoterapia, posto de coleta de leite humano – disponíveis nos serviços estudados. Não é necessário que cada maternidade contenha essa rede de assistência dentro da sua estrutura, porém, torna-se obrigatória a garantia de acesso, em tempo hábil, a esses recursos

assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, de acordo com o perfil de atendimento e população assistida (BRASIL, 2008).

O estudo também apontou que os recursos materiais mínimos essenciais para o cuidado materno no parto estavam disponíveis em todos os serviços, o que tem um impacto positivo no processo de assistência ao parto, pois cada maternidade deve disponibilizar os materiais e medicamentos de acordo com o nível de complexidade assistencial e necessidade de atendimento da população (BRASIL, 2011).

Um dado discutível que envolve recursos materiais e equipamentos foi o número insuficiente de poltronas para acompanhantes, disponíveis por leito, para permanência do familiar durante a internação para o parto, o que contradiz a recomendação de organizar uma assistência que incentive a participação dos pacientes e seus familiares no processo de cuidado, pautado em uma assistência centrada na família (BRASIL, 2014a).

Especificamente em relação aos equipamentos de emergência necessários para o atendimento materno, estes foram encontrados apenas na maternidade de alta complexidade, o que representa um risco para as mulheres de risco habitual e intermediário, o qual pode evoluir para situações de urgência e emergência nos serviços de menor complexidade, deparando-se com a falta desse tipo de atendimento.

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa recente de abrangência nacional, realizada por Bittencourt *et al.* (2016), na qual faltavam equipamentos básicos para atendimento de emergências obstétricas em 40% dos hospitais públicos sem a UTI.

Enfatiza-se que as organizações devem estar equipadas com materiais, equipamentos adequados e dispor de pessoal qualificado para fornecer o padrão mínimo de cuidados necessários às mulheres e aos recém-nascidos, pois a qualidade do cuidado materno seguro depende da disponibilidade de insumos e equipamentos apropriados durante a prestação de cuidados no TP e no parto (SALAM *et al.*, 2014).

Uma pesquisa realizada em outras maternidades do Brasil mostrou deficiências na disponibilidade de recursos de insumos e equipamentos, capacitação de recursos humanos e a presença de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) afirmando haver comprometimento da qualidade das instituições de saúde para o

atendimento seguro durante a atenção ao parto e nascimento (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

Ao se analisar os recursos humanos envolvidos na assistência prestada durante a internação para o parto, constatou-se a ausência da equipe multiprofissional na maioria das maternidades investigadas, ao contrário dos profissionais médicos e de enfermagem, os quais estavam presentes em todos os serviços. Observou-se ainda que a quase totalidade dos médicos e enfermeiros eram especialistas em sua área de atuação, panorama que sugere atribuição de conhecimento e atualização desses profissionais, favorecendo a qualidade e a segurança do cuidado prestado no parto.

Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada por Magluta *et al.* (2009). Esses autores identificaram a presença de profissionais médicos e enfermeiros na grande maioria das maternidades estudadas, e mostraram associação entre a oferta de profissionais e ambientes adequados ao cuidado seguro à mulher e a ocorrência de resultados favoráveis, o que torna fundamental a avaliação de todos os aspectos que envolvem a estrutura dos serviços obstétricos.

Outro aspecto interessante levantado foi a realização de avaliação de desempenho dos trabalhadores em metade das organizações de saúde, considerada uma estratégia gerencial que merece ser incentivada pelos gestores, considerando-se a sua importância para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional. Nesse sentido, a qualidade da prestação de cuidados depende da motivação e qualificação profissional, também dos recursos adequados disponíveis para o seu trabalho (SALAM *et al.*, 2014).

Dessa forma, cabe aos recursos humanos a adoção de medidas de humanização, capacitação e elaboração de protocolos institucional. Além disso, os serviços obstétricos são responsáveis pela garantia de educação permanente aos trabalhadores, para promoção, prevenção e minimização dos riscos de desfechos maternos adversos (BRASIL, 2008).

Os achados do presente estudo mostraram que a realização de educação permanente nas maternidades ficou aquém do esperado, pois em uma parcela significativa de maternidades houve ausência de desenvolvimento de capacitações periódicas aos profissionais, enquanto dados opostos foram encontrados na maternidade referência de alto risco que realiza atividades de ensino e pesquisa.

Resultados semelhantes foram encontrados por Magluta *et al.* (2009), cuja pesquisa revelou que menos de 40% dos profissionais participaram de capacitações oferecidas pelo serviço no ano anterior, e que o tema mais abordado nos treinamentos referia-se ao incentivo ao aleitamento materno.

Esse cenário é preocupante dentro dos serviços de atenção ao parto, diante da magnitude do problema relacionado à insuficiência de treinamentos para a qualificação e atualização profissional que se reflete, diretamente, na qualidade da assistência prestada e na segurança da saúde materna.

Conforme o preconizado, o Serviço de Atenção Materna deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em concordância com a proposta assistencial desempenhada (BRASIL, 2008). Sabe-se que ações direcionadas à educação, conscientização e ao envolvimento de pacientes e familiares são abordagens importantes para o desenvolvimento de estratégias que promovam a qualidade dos serviços e a segurança do paciente (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental nas ações de educação permanente em saúde. Estudos recentes apontam que a implantação de núcleo de educação permanente em enfermagem nos serviços favorece a inclusão do processo educativo no cotidiano do trabalho, proporcionando novos conhecimentos e condições de mudanças nas práticas de saúde (FLORES *et al.*, 2016; LAVICH *et al.* 2017).

Retomando-se a questão dos protocolos, a maioria das maternidades investigadas possuía protocolos operacionais padrão, baseados em diretrizes clínicas, entretanto, estavam desatualizadas por ausência de revisões programadas. Destaca-se que a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas têm sido apontadas como uma ferramenta importante no esforço de melhorar a qualidade da assistência à saúde (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

A efetivação de protocolos estruturados, guias-linha, pacotes e listas de verificação é uma maneira de criar uma estrutura para o desenvolvimento de competência (PETTKER; GROBMAN, 2015). Além do mais, a equipe do Serviço deve assumir o compromisso de estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com a legislação vigente e com as evidências científicas da área (BRASIL, 2014b).

Nesse âmbito, estudo que analisou o check-list para um parto seguro e redução de riscos obstétricos, com o intuito de monitorar e diminuir os eventos adversos relacionados à assistência no TP e parto, mostrou que para esta ferramenta atingir o objetivo proposto faz-se necessário uma comunicação ativa entre os profissionais e capacitação para utilizá-la mediante educação continuada (SANT'ANA *et al.*, 2017).

Outro estudo internacional apontou que, após a implantação da iniciativa de maternidade segura pelo Departamento de Saúde do Estado de Nova York e Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), houve melhora nos resultados dos cuidados maternos, por meio da padronização de cuidados obstétricos para o diagnóstico, prevenção e gerenciamento das três principais causas de mortalidade materna e morbidade: hemorragia, hipertensão e embolia pulmonar, tendo contribuído significativamente para desfechos maternos favoráveis (BURGANSKY *et al.*, 2016).

Percebe-se, portanto, que a promoção da qualidade dos serviços obstétricos é imprescindível para o alcance de melhores resultados no âmbito materno, o que constitui um dos maiores desafios dos serviços obstétricos: promover condições de estrutura adequadas para favorecer a produção do cuidado de qualidade e, conseqüentemente, a segurança da saúde materna.

As inadequações relacionadas à estrutura hospitalar podem comprometer o cuidado materno, tanto para gestantes de alto risco, que podem sofrer por ter seu cuidado prejudicado por falhas na estrutura hospitalar, quanto para gestantes de risco habitual e intermediário, que podem não receber os cuidados apropriados para a evolução natural de seu trabalho de parto em um ambiente hospitalar tecnológico, o que pode favorecer o uso de intervenções desnecessárias (BITTENCOURT *et al.*, 2016).

A partir do exposto, reitera-se a importância de haver um ambiente adequado para que as parturientes possam parir seus filhos em um ambiente fisicamente preparado para atender suas necessidades; que os profissionais sejam capacitados para a garantia de cuidados apropriados, embasados em protocolos, listas de avaliação e verificação, *guidelines*, atualizações, entre diversos outros métodos; que haja relação interpessoal das diversas áreas atuantes no serviço, associadas a gestores engajados na temática qualidade e segurança do paciente (DODOU *et al.*, 2017).

Considerando-se o que decorreu até o momento, acredita-se ser extremamente necessário que cada serviço de atenção ao parto contenha infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do trabalho, de acordo com a demanda e a modalidade de assistência obstétrica prestada, sob o amparo da normativa vigente (BRASIL, 2011).

O presente estudo apresenta como limitação a avaliação de maternidades específicas de municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná, que correspondem a apenas cinco maternidades, sendo seus resultados representativos somente da realidade local dessas instituições.

2.5 CONCLUSÃO

Neste estudo, as maternidades investigadas revelaram deficiência na infraestrutura, falta de equipamentos de emergência, insuficiência de equipe multidisciplinar na assistência e déficit na oferta de capacitações direcionadas aos recursos humanos e de protocolos institucionais nos serviços obstétricos.

O panorama apresentado, neste estudo, mostra as potencialidades e os desafios nos aspectos relacionados à estrutura dos serviços obstétricos, e com esses achados pretende-se fornecer subsídios para os gestores redirecionarem ações que visem adequá-las às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde voltadas à qualidade da assistência ao parto e nascimento. Isto porque os recursos ou tecnologias (estrutura) que não atendam às determinações legais vigentes podem ser considerados fatores contribuintes para um desfecho materno desfavorável (resultado) no cuidado à saúde em cada um dos serviços obstétricos estudados.

Para tanto, faz necessário melhorar a estrutura física das maternidades, investir em recursos tecnológicos, como aquisição de equipamentos de emergência, capacitação dos profissionais de saúde e elaboração e atualização dos protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico, visando ao cumprimento das regulamentações nacionais para qualificação da assistência e segurança do paciente na atenção ao parto.

2.6 REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S1-S12, 2014. Suplemento 1. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, p. 257-265, 2016. Suplemento 1. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0229-6>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BOHREN, M. A. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, London, v. 11, p. 71, 2014. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-71>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 63, 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: 21 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014b. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BURGANSKY, A. et al. The safe motherhood initiative: The development and implementation of standardized obstetric care bundles in New York. **Seminars in Perinatology**, New York, v. 40, n. 2, p. 124-131, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0f0f/0b4b05fd4e08e1bbe6d9294720e561131fd8.pdf?_ga=2.64851819.598407474.1534455901-1507894960.1534455901>. Acesso em: 16 jun. 2018.

CARTER, M. C. et al. 2020 vision for high-quality, high-value maternity care system. **Womens Health Issues**, New York, v. 20, n. 1, p. 7-17, 2010. Disponível em:

<[https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(09\)00139-X/pdf](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(09)00139-X/pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, Washington, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/200/4344/856.long>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos de saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 332-338, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300332&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2018.

FIGUEIREDO, M. S. et al. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.18, n. 4, p. 722-728, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34928>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 487-504, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00118.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf> Acesso em: 12 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

LAVICH, C. R. P. et al. Permanent education actions of nurse facilitators at a nursing education centre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e62261, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170162261.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

LYNDON, A. et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: multi-organization blueprint. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v. 44, n. 3, p. 341-349, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12235>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MAGLUTA, C. et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p.319-329, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n3/11.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n.10, p. 441-445, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n10/0100-7203-rbgo-37-10-00441.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha guia:** Programa Rede Mãe Paranaense. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

PETTKER, C. M.; GROBMAN, W. A. Obstetric safety and quality. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 126, n. 1, p.196-206, 2015. Disponível em: <https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015_08_article_39.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente:** conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 373-395.

SALAM, R. A. et al. Evidence from facility level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. **Reproductive Health**, London, v. 11, n. 2, S4, 2014. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-S2-S3>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SANTA'ANA, J. K. A. et al. A importância da utilização do check-list de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerperais. **CuidArt Enfermagem**, Catanduva, v.11, n. 2, p. 300-303, 2017. Resenha. Disponível em: <http://unifipa.com.br/site/documentos/revistas/enfermagem/enf_2017_vol11_n2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

STANCATO, K.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; BOSCO, C. S. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n. 3, p. 541-54, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12656/0>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety:** final technical report. Version 1.1. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2018.

3 MANUSCRITO 2

*O Processo Assistencial no Trabalho de Parto e
Parto e a Segurança à Saúde Materna*

O PROCESSO ASSISTENCIAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E A SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA

RESUMO

INTRODUÇÃO: a assistência ao parto é considerada uma das áreas prioritárias de ações voltadas à segurança do paciente. **OBJETIVO:** analisar o processo assistencial prestado durante o trabalho de parto e o parto em relação à segurança à saúde materna. **MÉTODO:** estudo transversal analítico aninhado a uma coorte prospectiva. Coleta de dados realizada de julho de 2017 a março de 2018 durante internação de 470 puérperas, mediante formulário para transcrição de dados do prontuário materno e entrevista estruturada com a puérpera, segundo o componente Processo da tríade Donabediana. A análise dos dados foi realizada por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de associações entre as variáveis independentes e dependentes [Desfechos maternos adversos], [Conhecimento sobre trabalho de parto (TP) e parto] e [Satisfação no atendimento durante internação]. **RESULTADOS:** o desfecho materno adverso (DMA) ocorreu em 46,8% ($n=220$) das puérperas; o desfecho conhecimento sobre TP e parto foi constatado em 57,2% ($n=269$) das mulheres, e o desfecho satisfação no atendimento foi relatado por 89,5% ($n=421$) das puérperas. Houve significância estatística entre o DMA e os antecedentes clínico-obstétrico ($p=0,015$), risco gestacional na admissão ($p=0,031$), alteração de SSVV ($p=0,048$), dinâmica uterina ($p=0,024$), estado das membranas ($p=0,001$), uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,012$), uso de analgesia farmacológica ($p=0,023$), uso de técnica de indução do parto ($p=0,050$), inserção de cateter venoso ($p=0,011$), presença de acompanhante durante TP e parto ($p=0,026$), duração de TP no partograma ($p=0,022$), local do parto ($p=0,001$) e o uso de episiotomia ($p=0,001$). Em relação ao desfecho de conhecimento sobre o TP e o parto houve associação estatística com paridade ($p=0,007$), antecedentes clínico-obstétricos ($p=0,014$), risco gestacional na admissão ($p=0,046$), dinâmica uterina ($p=0,026$), uso de técnicas não farmacológicas ($p=0,036$) e o local do parto ($p=0,001$). O desfecho satisfação no atendimento associou-se estatisticamente ao uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,002$), restrição de líquido durante o trabalho de parto ($p=0,001$), tipo de parto ($p=0,001$) e uso de episiotomia ($p=0,005$). **CONCLUSÕES:** a segurança do paciente na atenção ao parto, relacionado ao cuidado seguro à saúde materna, conhecimento da mulher sobre TP e parto e a satisfação no atendimento, é o novo paradigma da assistência prestada pelos serviços obstétricos.

Palavras-chave: Assistência Materno-infantil. Parto. Saúde Materna. Qualidade da Assistência a Saúde. Segurança do Paciente.

THE CARE-RELATED PROCESS DURING LABOR AND DELIVERY AND MATERNAL HEALTH SAFETY

ABSTRACT

INTRODUCTION: labor care is considered one of the priority areas for actions aimed at patient safety. **OBJECTIVE:** to analyze the care-related process conducted during labor and delivery with respect to maternal health safety. **METHOD:** it is a cross-sectional analytical study aligned with a prospective cohort. The collection of data took place from July 2017 to March 2018 during the hospitalization of 470 puerperal women, through a form for transcription of the data from maternal charts and structured interviews with puerperal women, according to the component on Process of the Donabedian triad. The analysis of data was performed using the Chi-square test ($p \leq 0.05$) to seek associations between independent and dependent variables [Adverse maternal outcomes], [Knowledge of labor (L) and delivery] and [Satisfaction in service during hospitalization]. **RESULTS:** maternal adverse outcome (AMO) occurred in 46.8% ($n=220$) of the surveyed puerperal women; the outcome of the knowledge of L and delivery was noted in 57.2% ($n=269$) of the women; and the outcome of the satisfaction in service was reported by 89.5% ($n=421$) of the puerperal women. There was statistical significance among AMO and the clinical-obstetric backgrounds ($p=0.015$), gestational risk during admission ($p=0.031$), VS changes ($p=0.048$), uterine dynamics ($p=0.024$), membranes status ($p=0.001$), use of non-pharmacological techniques for pain relief ($p=0.012$), use of pharmacological analgesia ($p=0.023$), use of labor induction technique ($p=0.050$), insertion of venous catheter ($p=0.011$), presence of companion during L and delivery ($p=0.026$), duration of L in the partograph ($p=0.022$), place of delivery ($p=0.001$), and use of episiotomy ($p=0.001$). Regarding the outcome of the knowledge of L and delivery, there was statistical association with parity ($p=0.007$), clinical-obstetric backgrounds ($p=0.014$), gestational risk during admission ($p=0.046$), uterine dynamics ($p=0.026$), use of non-pharmacological techniques ($p=0.036$), and place of birth ($p=0.001$). The outcome of the satisfaction in service was statistically associated with the use of non-pharmacological techniques for pain relief ($p=0.002$), fluid restriction during labor ($p=0.001$), type of delivery ($p=0.001$), and use of episiotomy ($p=0.005$). **CONCLUSIONS:** the patient safety during delivery, related to safe maternal health care, women's knowledge about L and delivery, and satisfaction in service, is the new paradigm of the care provided by obstetric services.

Keywords: Maternal-Child Health Services. Delivery. Maternal Health. Quality of Health Care. Patient Safety.

3.1 INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente constitui um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Os riscos e a ocorrência de erros decorrentes do processo assistencial sejam eles sem danos, nomeados de incidentes, ou aqueles que provocam danos ao paciente, denominados eventos adversos, tornaram-se o principal foco de atenção nas organizações de saúde, principalmente no âmbito hospitalar (SILVA *et al.*, 2016). Desse modo, observa-se uma preocupação global das autoridades em saúde sobre diretrizes e estratégias para melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.

Nesse sentido, o tema segurança do paciente nos serviços de saúde foi priorizado na agenda política dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que levou o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, a instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a fim de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Especificamente na área obstétrica, a segurança do paciente representa a redução do risco de erro ou dano no cuidado pautado na fisiologia do parto, minimização do uso de intervenções e adoção de práticas comprovadas cientificamente para a promoção de um cuidado mais seguro à mulher (CARTER *et al.*, 2010).

A segurança do paciente na área obstétrica é considerada prioritária para ações voltadas a essa temática, pois a internação obstétrica é uma das principais causas de internações hospitalares, envolvendo um cenário único, de caráter particular, que infere expectativas positivas das mulheres e seus familiares para resultados favoráveis, saudáveis e alegres durante toda a internação para o parto (PETTKER; GROBMAN, 2015).

No entanto, o modelo contemporâneo de atenção ao parto ainda evidencia o uso rotineiro de algumas práticas assistenciais que expõem as mulheres a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas quando claramente justificadas suas indicações (LEAL *et al.*, 2014a), porque podem favorecer desfechos maternos adversos, déficit de conhecimento das mulheres sobre a evolução do trabalho de parto e o parto e insatisfação no atendimento.

Neste contexto, políticas de saúde na atenção ao parto têm sido utilizadas para modificar esse cenário e favorecer a promoção de um cuidado de qualidade e seguro à mulher, como demonstrado nos objetivos do programa Rede Mãe Paranaense, no estado do Paraná, que almeja qualificar o cuidado à mulher e ao seu filho por meio de uma assistência segura na gestação, no parto, puerpério e à criança (PARANÁ, 2012).

Considerando a importância da compreensão da qualidade do cuidado em saúde para avaliação da efetividade das políticas existentes, utilizou-se a tríade proposta por Donabedian, composta por estrutura, processo e resultado, pressupondo-se que a estrutura dos serviços e o processo assistencial ofertado podem ser determinantes do resultado de saúde alcançado (DONABEDIAN, 1988).

Assim, a análise do processo assistencial prestado durante a internação para o parto pelos serviços de saúde de referência faz-se necessária diante da especificidade e relevância dessa temática na área obstétrica, em uma perspectiva de melhoria da qualidade do cuidado e segurança da paciente (REIS, 2014).

Portanto, frente à importância do cuidado na atenção ao parto para a saúde da mulher, neste estudo objetivou-se analisar o processo assistencial prestado durante o trabalho de parto e parto em relação à segurança à saúde materna.

3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico, recorte de uma coorte prospectiva, realizado em cinco hospitais/maternidades inseridos no Programa Rede Mãe Paranaense da 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná: uma maternidade referência para gestação de alto risco, localizada no município de Londrina; e quatro maternidades referência para gestantes de risco habitual e intermediário, localizadas nos municípios de Rolândia, Ibiporã, Cambé e Londrina.

A população do estudo foi constituída por puérperas internadas nessas maternidades, com base no número de partos ocorridos no ano de 2016. A amostra estratificada resultou N= 386 puérperas, à qual adicionou-se 20% (N=470) como margem de segurança, considerando-se possíveis perdas, e nível de significância de 5%.

Os critérios de inclusão foram residir em área urbana dos municípios da 17ª Regional de Saúde de Londrina e idade gestacional ≥ 32 semanas.

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto para adequação do instrumento, treinamento e acompanhamento dos alunos de graduação em enfermagem para capacitá-los para a etapa de coleta de dados. Para minimizar o viés de coleta de dados e garantir a qualidade das informações foi criado um roteiro como procedimento operacional padrão adotado por todos os coletores.

Sequencialmente, depois de realizadas as adequações no instrumento apontadas no teste piloto, iniciou-se a coleta de dados no período de julho de 2017 a março de 2018. As técnicas utilizadas foram a transcrição de informações disponibilizadas no prontuário materno em formulário estruturado, e entrevista com a puérpera para o levantamento de dados não esclarecidos ou que não constavam nos documentos consultados.

O formulário foi estruturado com informações sobre os determinantes externos da tríade de Donabedian (dados socioeconômicos, demográficos, antecedentes clínico-obstétricos), e sobre os componentes: Processo (indicadores assistenciais de qualidade e práticas obstétricas realizadas no trabalho de parto e parto) e Resultado (desfechos maternos adversos, conhecimento da mulher sobre cuidados no TP e no parto e a satisfação das usuárias no atendimento) (APÊNDICE A).

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, e analisados utilizando-se o Teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p < 0,05$). As variáveis dependentes utilizadas foram: 'desfecho materno adverso', 'conhecimento sobre informação do trabalho de parto e o parto' e 'satisfação da usuária no atendimento ao parto'.

O estudo considerou como 'desfecho materno adverso' eventos de menor gravidade (laceração de períneo 3º e 4º grau), sinais de morbidade materna grave - determinantes de *near miss* (hemorragia pós-parto, quadro infeccioso, doença hipertensiva, agravo clínico e metabólico), complicações intraparto (distócia de progressão, sofrimento fetal, etc.) e intercorrências no pós-parto imediato (por exemplo, hemorragia pós-parto).

O desfecho 'conhecimento sobre o trabalho de parto e o parto' foi considerado positivo quando as mulheres responderam afirmativamente sobre orientações relativas ao TP e ao parto; esclarecimento de todas as informações

desejadas e ausência de dúvidas sobre a evolução e cuidado no trabalho de parto e o parto.

O desfecho 'satisfação no atendimento durante TP e o parto' foi verificado por meio de uma variável dicotômica (satisfeita e insatisfeita), seguida de uma indagação sobre o motivo da sua (in)satisfação.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida em três Regionais de Saúde: 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), denominada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, intitulada "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança".

Na presente pesquisa foi respeitado o sigilo, a privacidade e os preceitos éticos protegendo os direitos dos participantes, conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), obtendo-se, o aceite nos cinco hospitais/maternidades (ANEXO A) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL-PR em 09 de maio de 2017, sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231 (ANEXO B).

A pesquisa de campo foi realizada somente após o esclarecimento aos participantes sobre os seus objetivos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

3.3 RESULTADOS

O desfecho materno adverso (DMA) ocorreu em 46,8% (n=220) das puérperas, distribuído nas cinco maternidades deste estudo.

Na Tabela 1 apresentam-se os tipos de DMA desenvolvidos durante a internação para o parto, caracterizados por incidentes e/ou eventos adversos. Dentre os DMA ocorreram, em maior proporção, as intercorrências intraparto (38,2%) e a laceração de 3º e 4º grau (27,3%).

Tabela 1 – Tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto, Paraná, Brasil, 2018. n=220.

	n	%
Doença desenvolvida no pré-parto hemorrágicos	10	4,5
Doença desenvolvida no pré-parto infeccioso	24	10,9
Doença desenvolvida no pré-parto hipertensivo	28	12,7
Doença desenvolvida no pré-parto agravo clínico	2	1,0

Doença desenvolvida no pré-parto metabólico	2	1,0
Laceração de períneo de 3º e 4º grau	60	27,3
Intercorrências intraparto*	83	38,2
Intercorrências quarto período (Greenberg)**	11	4,5
Total	220	100,0

* n=83 (56 distócias de progressão, 18 sofrimento fetal, 09 outros).

**n=10 (06 hemorragias, 02 eclâmpsias, 02 massagem uterina, 01 remoção de produtos retidos).

Ao analisar a relação entre os determinantes externos e o DMA observou-se que houve significância estatística entre a renda familiar ($p=0,001$), presença de antecedentes clínico-obstétricos ($p=0,015$) e a ocorrência de DMA. Mulheres com renda familiar entre dois a três salários mínimos (53,7%), e com história de patologias clínico-obstétricas anteriores (55%), desenvolveram DMA durante a internação para o parto (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas das púerperas, conforme desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Desfecho materno adverso				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					
Até 18	36	57,1	27	42,9	
19 a 34	162	44,9	199	55,1	p = 0,196
35 e mais	22	47,8	24	52,2	
Situação Conjugal					
Com companheiro	187	45,7	222	54,3	p = 0,220
Sem companheiro	33	54,1	28	45,9	
Escolaridade**					
Baixa	37	38,9	58	61,1	
Média	82	51,6	77	48,4	p = 0,149
Alta	101	46,8	115	53,2	
Condição de ocupação					
Remunerada	91	47,4	100	52,6	p = 0,801
Não remunerada	129	46,2	150	53,8	
Renda Familiar (em salários mínimos) ***					
Até 1	45	31,3	99	68,8	p = 0,001
De 2 a 3	138	53,7	119	46,3	
Mais que 3	37	53,6	32	46,4	
Paridade					
Primíparas	125	50,4	123	49,6	p = 0,099
Múltiparas	95	42,8	127	57,2	
Antecedentes Clínico-obstétricos					
Sim	83	55,0	68	45,0	p = 0,015
Não	137	42,9	182	57,1	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

** Baixa – até 7 anos de estudo; Média – 8 a 11 anos; Alta – acima de 12 anos.

***Salário mínimo no ano de 2016 – 937,00.

A Tabela 3 apresenta dados da internação e a ocorrência de DMA, sendo que houve significância estatística entre a classificação de risco gestacional na admissão ($p=0,031$), alteração de SSVV ($p=0,048$), dinâmica uterina ($p=0,024$), estado das membranas ($p=0,001$) e o DMA. Entre as mulheres classificadas como alto risco (53,7%); que apresentaram alteração de SSVV (60%); com dinâmica uterina presente (50,2%); e que internaram com membrana rota (58,3%) houve ocorrência de DMA. Não foi encontrada significância estatística entre característica de líquido amniótico, sangramento vaginal na admissão e o desfecho materno adverso.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis de internação e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Desfecho materno adverso				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Risco gestacional na admissão					
Risco habitual	113	46,9	128	53,1	p = 0,031
Risco intermediário	37	50,7	36	49,3	
Alto Risco	44	53,7	38	46,3	
Sem registro	26	35,1	48	64,9	
Alteração dos Sinais vitais					
Sim	30	60,0	20	40,0	p = 0,048
Não	190	45,2	230	54,8	
Dinâmica uterina					
Presente	154	49,8	155	50,2	p = 0,024
Ausente	46	47,4	51	52,6	
Sem registro	20	30,5	44	69,5	
Estado das membranas					
Íntegra	129	46,4	149	53,6	p = 0,001
Rota	81	58,3	58	41,7	
Sem registro	10	18,9	43	81,1	
Característica do líquido amniótico					
Claro	174	53,7	150	46,3	p = 0,077
Meconial	12	36,4	21	63,6	
Hemático	02	28,6	05	71,4	
Sem registro	32	30,1	74	69,8	
Sangramento vaginal					
Presente	26	54,2	22	45,8	

Ausente	162	48,1	175	51,9	p = 0,080
Sem registro	32	36,1	53	63,9	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

Quanto ao Processo, constatou-se, nas práticas assistenciais obstétricas durante o TP e o parto que o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,012$), uso de analgesia para alívio da dor ($p=0,023$), indução/aceleração do parto ($p=0,050$), inserção de cânula intravenosa ($p=0,011$), uso de episiotomia ($p=0,001$), duração do TP no partograma ($p=0,022$), local do parto ($p=0,001$) e a presença de acompanhante em todas as fases de TP e o parto ($p=0,026$) apresentaram associação estatística significativa com o desfecho materno adverso. Não houve significância estatística entre tipo de parto, restrição de fluidos, alimentos e o DMA (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento Processo da tríade de Donabedian e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Desfecho materno adverso				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor**					
Sim	64	39,0	100	61,0	p = 0,012
Não	101	47,9	110	52,1	
Uso de analgesia para alívio da dor**					
Sim	46	65,7	24	34,3	p = 0,023
Não	155	50,8	150	49,2	
Técnica de indução/aceleração do parto**					
Sim	85	59,9	57	40,1	p = 0,050
Não	116	49,8	117	50,2	
Uso de inserção cateter venoso					
Sim	193	50,3	191	49,7	p = 0,011
Não	27	31,4	59	68,6	
Presença de acompanhante no TP e parto					
Sim	202	48,3	216	51,6	p = 0,026
Não	18	34,6	34	65,4	
Restrição de líquido durante o TP**					
Sim	94	49,5	96	50,5	p = 0,129
Não	106	57,3	79	42,7	
Restrição de alimento durante o TP**					
Sim	137	51,1	131	48,9	p = 0,174

Não	63	58,9	44	41,1	
Duração do trabalho de parto no partograma (em horas)					
Até 3	75	48,7	79	51,3	
Mais que 3	61	57,5	45	42,5	p = 0,022
Sem registro	57	41,9	79	58,1	
Aberto para conclusão de cesárea***	27	36,5	47	63,5	
Tipo de parto					
Parto normal	119	49,0	124	51,0	
Cesárea	96	43,2	126	56,4	p = 0,645
Parto instrumental	5	99,9	--	--	
Local do parto					
Maternidade 1 ^a	139	60,4	91	39,6	
Maternidade 2 ^a	06	10,2	53	89,8	p = 0,001
Maternidade 3 ^a	22	34,9	41	65,1	
Maternidade 4 ^a	15	30,6	34	69,4	
Maternidade 5 ^b	38	55,1	31	44,9	
Uso de episiotomia****					
Sim	33	73,3	12	26,7	p = 0,001
Não	92	45,3	111	54,7	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=375 (excluídas 95 mulheres que internara para realização de cesárea eletiva/iterativa).

***Partograma aberto apenas para anotar justificativa de cesárea.

****n=248 (excluídas 222 mulheres que tiveram como desfecho o parto cirúrgico).

a = Risco habitual e intermediário, b = Alto risco.

O controle não farmacológico foi representado pelo banho de relaxamento, uso de bola ou assento ativo e massagem durante o trabalho de parto. Observou-se que em 61% das mulheres que tiveram acesso ao controle não farmacológico para alívio da dor no TP, e em 51,6% que contaram com a presença do acompanhante durante todas as fases do TP e do parto não houve ocorrência de DMA.

Em relação à oferta de procedimentos e cuidados clínicos no TP, 65,7% das mulheres que utilizaram analgesia medicamentosa para alívio da dor, 59,9% que receberam ocitocina para indução/aceleração do parto, e 50,3% que tiveram inserção de cateter intravenoso desenvolveram DMA. Salienta-se que entre as submetidas à episiotomia, 73,3% apresentaram DMA.

Quanto ao tempo do trabalho de parto, constatou-se que 57,5% das mulheres com tempo de TP superior a três horas no partograma desenvolveram DMA.

A respeito do local do parto, 60,4% e 55,1% das mulheres que tiveram partos em maternidades referência para gestantes de risco habitual/

intermediário e alto risco dos municípios da 17ª regional de saúde evoluíram com DMA, respectivamente.

Neste estudo também foi investigado como desfecho o conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e o parto, constatando-se que 57,2% (n=269) das puérperas tinham conhecimento sobre a evolução e cuidados desse período.

Houve associação estatística entre a paridade (p=0,007), presença de antecedentes clínico-obstétricos (p=0,014) e o conhecimento da puérpera. Observou-se, entre as mulheres primíparas (63,1%) e sem antecedentes clínico-obstétricos anteriores (61,1%) maior conhecimento sobre o período de trabalho de parto e o parto (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas das puérperas e conhecimento sobre trabalho de parto e o parto, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Conhecimento sobre TP e Parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					
Até 19	55	57,9	40	42,1	p = 0,742
20 a 34	190	57,7	139	42,3	
35 e mais	24	52,2	22	47,8	
Situação Conjugal					
Com companheiro	227	55,8	180	44,2	p = 0,071
Sem companheiro	42	66,7	21	33,3	
Escolaridade**					
Baixa	49	51,5	46	48,4	p = 0,490
Média	94	59,1	65	40,8	
Alta	126	58,3	90	41,7	
Condição de ocupação					
Remunerada	116	61,1	74	38,9	p = 0,192
Não remunerada	153	54,6	127	45,4	
Renda Familiar (em salários mínimos) ***					
Até 1	73	51,4	69	48,6	p = 0,197
De 2 a 3	153	59,3	105	40,7	
Mais que 3	43	61,4	27	37,6	
Paridade					
Primíparas	157	63,1	92	36,9	p = 0,007
Múltiparas	112	50,9	109	49,1	
Antecedentes Clínico-obstétricos					
Sim	74	49,1	77	50,9	p = 0,014
Não	195	61,1	124	38,9	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**Baixa – até 7 anos de estudo; Média – 8 a 11 anos; Alta – acima de 12 anos.

***Salário mínimo no ano de 2016 – 937,00.

Constatou-se também significância estatística entre a classificação de risco gestacional na admissão ($p=0,046$), dinâmica uterina ($p=0,026$) e o conhecimento sobre trabalho de parto e o parto, mostrando que as mulheres que tinham maior conhecimento foram as classificadas como de risco habitual (63,9%) e com dinâmica uterina presente (61%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das variáveis de internação e o conhecimento sobre estado de saúde, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Conhecimento sobre TP e Parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Risco gestacional na admissão					
Risco habitual	150	62,2	91	37,8	p = 0,046
Risco intermediário	46	63,9	26	36,1	
Alto Risco	39	47,6	43	52,4	
Sem registro	34	45,3	41	54,7	
Alteração dos Sinais vitais					
Sim	31	61,8	20	39,2	p = 0,494
Não	238	56,8	181	43,2	
Dinâmica uterina					
Presente	189	61,0	121	36,0	p = 0,026
Ausente	54	55,2	44	44,8	
Sem Registro	26	41,9	36	58,1	
Estado das membranas					
Íntegra	158	57,0	119	43,0	p = 0,081
Rota	91	65,9	47	34,1	
Sem registro	20	36,4	35	63,6	
Característica do líquido amniótico					
Claro	196	60,5	128	39,5	p = 0,229
Meconial	17	51,5	16	48,5	
Hemático	6	85,7	1	14,3	
Sem Registro	50	47,2	56	52,8	
Sangramento vaginal					
Presente	29	61,7	18	38,3	p = 0,078
Ausente	199	59,1	138	40,9	
Sem Registro	41	47,7	45	52,3	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

A Tabela 7 apresenta a distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento Processo da tríade

de Donabedian e o desfecho conhecimento sobre o trabalho de parto e o parto. Houve diferença estatística significativa para uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,036$), local do parto ($p=0,001$) e o desfecho conhecimento sobre TP e o parto. Observou-se que 65,5% das mulheres que fizeram uso de técnicas não farmacológicas para conforto da dor tinham conhecimento sobre a evolução do trabalho de parto e o parto; e 65,3% das mulheres que tiveram o parto na maternidade 4, referência para gestante de risco habitual e intermediário, tinham conhecimento sobre essa fase de trabalho de parto e o parto.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento processo da tríade de Donabedian e o desfecho conhecimento sobre TP e parto, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Conhecimento sobre TP e Parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor**					
Sim	108	65,5	57	34,5	p = 0,036
Não	114	54,3	96	45,7	
Uso de analgesia para alívio da dor**					
Sim	45	65,2	24	34,8	p = 0,232
Não	175	57,4	131	42,6	
Uso ocitocina para indução do parto**					
Sim	80	55,9	63	44,1	p = 0,162
Não	146	62,9	86	37,1	
Inserção cateter venoso					
Sim	214	56,3	166	43,7	p = 0,604
Não	55	61,1	35	38,9	
Presença de acompanhante no TP e parto					
Sim	243	58,1	175	41,9	p = 0,523
Não	25	48,1	27	51,9	
Restrição de líquido durante TP***					
Sim	115	60,5	75	39,5	p = 0,816
Não	110	59,5	75	40,5	
Restrição de alimento durante TP***					
Sim	162	60,5	106	39,5	p = 0,769
Não	63	58,9	44	41,1	
Duração do trabalho de parto no partograma (em horas)					
Até 3	83	54,2	70	45,8	

Mais que 3	71	67,0	35	33,0	p = 0,084
Sem registro	45	51,9	29	48,1	
Aberto para conclusão de cesárea	70	60,8	65	39,2	
Tipo de parto					
Parto normal	149	61,1	95	38,9	p = 0,080
Cesárea	117	52,9	104	47,1	
Parto instrumental	3	60,0	2	40,0	
Local do parto					
Maternidade 1 ^a	146	63,5	84	36,5	p = 0,001
Hospital 2 ^a	21	36,2	37	63,8	
Hospital 3 ^a	40	62,5	24	37,5	
Hospital 4 ^a	32	65,3	17	34,7	
Hospital 5 ^b	30	43,5	39	56,5	
Episiotomia***					
Sim	24	55,8	19	44,2	p = 0,396
Não	129	62,9	76	37,1	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa).

***n=248 (excluídas 222 mulheres que tiveram como desfecho o parto cirúrgico).

a = Risco habitual e intermediário; b = Alto risco.

Por último foi analisado o desfecho 'satisfação no atendimento' e constatou-se que 89,5% (n=421) das puérperas mostraram-se satisfeitas com o atendimento recebido durante a internação para o parto. Não houve associação estatística entre os determinantes externos e dados da internação. Entretanto, houve associação estatística entre o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,002$), restrição de líquido ($p=0,011$), tipo de parto ($p=0,001$), uso de episiotomia ($p=0,005$) e o desfecho satisfação no atendimento (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das mulheres segundo os indicadores de qualidade obstétricos relacionados ao elemento processo da tríade de Donabedian e o desfecho satisfação no atendimento, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Satisfeito		Insatisfeito		p valor*
	n	%	n	%	
Uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor**					
Sim	198	93,8	13	6,2	p = 0,002
Não	137	83,5	27	16,5	
Uso analgesia para alívio da dor**					
Sim	63	91,3	6	8,7	p = 0,546
Não	271	88,8	35	11,2	
Uso técnica para indução/aceleração do parto**					
Sim	122	86,5	19	13,5	p = 0,232
Não	211	90,5	23	9,5	
Inserção cateter venoso					
Sim	348	90,6	36	9,4	p = 0,118

Não	73	83,5	13	16,5	
Presença de acompanhante no TP e parto					
Sim	375	90,3	40	9,7	p = 0,417
Não	46	88,5	6	11,5	
Restrição de líquido no TP**					
Sim	157	84,9	28	15,1	p = 0,011
Não	175	93,1	13	6,9	
Restrição de alimento no TP**					
Sim	238	89,9	28	10,5	p = 0,650
Não	96	86,5	15	13,5	
Duração do trabalho de parto no partograma (em horas)					
Até 3	136	88,3	18	11,7	
Mais que 3	95	88,8	12	11,2	p = 0,818
Sem registro	67	90,5	7	9,5	
Aberto para conclusão de cesárea	123	91,1	12	8,9	
Tipo de parto					
Parto normal	218	90,5	23	9,5	
Cesárea	201	89,7	23	10,3	p = 0,001
Parto instrumental	2	40,0	3	60,0	
Local do parto					
Maternidade 1 ^a	204	89,5	24	10,5	
Hospital 2 ^a	55	91,7	5	8,3	
Hospital 3 ^a	59	92,2	5	7,8	p = 0,598
Hospital 4 ^a	41	87,2	6	12,8	
Hospital 5	62	89,9	7	10,1	
Episiotomia***					
Sim	36	81,8	8	18,2	p = 0,005
Não	185	91,1	19	8,9	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa).

***n=248 (excluídas 222 mulheres que tiveram como desfecho o parto cirúrgico).

a = Risco habitual e intermediário; b = Alto risco.

Observou-se que 93,8% das mulheres que receberam técnicas não farmacológicas para alívio da dor; 93,1% das mulheres que não tiveram restrição de fluidos; 90,5% das mulheres que tiveram parto normal espontâneo; e 91,1% das mulheres que não foram submetidas à episiotomia ficaram satisfeitas com o atendimento prestado durante a internação para o parto (Tabela 8).

Ressalta-se que não houve significância estatística entre o desfecho materno adverso e o conhecimento, e entre o desfecho materno adverso e a satisfação no atendimento. No entanto, houve associação estatística entre o desfecho conhecimento sobre TP e o parto e a satisfação no atendimento ($p = 0,003$), pois 94% das mulheres que tinham conhecimento sobre a fase de trabalho

de parto e o parto ficaram satisfeitas com o atendimento; e, 63,6% das mulheres que ficaram insatisfeitas com o atendimento recebido não tinham conhecimento sobre os cuidados e evolução do trabalho de parto e o parto.

3.4 DISCUSSÃO

O cuidado prestado durante a internação para o parto é um importante componente de atenção à mulher para a promoção da saúde materna. Como mencionado anteriormente, a área obstétrica é considerada prioritária para ações voltadas à segurança do paciente. No entanto, pouco se discute sobre desfechos maternos adversos durante o trabalho de parto e o parto, pois os estudos sobre desfechos adversos publicados recentemente não são específicos à área obstétrica (DUARTE *et al.*, 2015; ORTEGA, *et al.*, 2017).

Desse modo, observa-se que existe uma lacuna no conhecimento pela escassez de publicações, principalmente em língua portuguesa, que abordam temas de segurança do paciente em obstetrícia, e também os fatores contribuintes e desfechos maternos relacionados à assistência ao parto. Nota-se que os desfechos maternos associados aos determinantes externos, como dados socio-demográficos e antecedentes clínico-obstétricos são mais comumente investigados se comparados aos fatores assistenciais relacionados às organizações de saúde.

Para tanto, neste estudo, o conceito de resultado proposto por Donabedian (DONABEDIAN, 1988) foi representado pelos desfechos maternos adversos, conhecimento das mulheres sobre TP e o parto e sua satisfação no atendimento, pois está relacionado à dimensão segurança do conceito de qualidade do cuidado, caracterizado por mudanças indesejáveis no estado de saúde, insuficiência de informações, que podem levar à morte, incapacidade, agravo ou insatisfação no atendimento (MARTINS, 2014).

Os desfechos maternos adversos relacionados à atenção ao parto que assumem protagonismo na prática e na pesquisa são aqueles considerados mais graves, como a morte materna e a morbidade materna grave (*near miss*). Contudo, existe, na realidade da assistência ao parto, um amplo conjunto de desfechos desfavoráveis à mulher que são pouco conhecidos e divulgados, que não ameaçam a vida, mas podem ocasionar dor, desconforto, experiências negativas para a mulher, comprometendo a saúde materna e possíveis gestações futuras (REIS, 2014).

No presente estudo, os resultados encontrados referentes aos determinantes externos e dados de internação das mulheres reforçam a necessidade de uma avaliação adequada na admissão da paciente no serviço, considerando seu contexto social, os dados clínico-obstétricos anteriores e a avaliação obstétrica atual para o alcance de um desfecho favorável.

Nesse sentido, a realização do exame obstétrico na admissão – que envolve procedimentos obrigatórios: ausculta da frequência cardíaca fetal, medida da altura uterina, dinâmica uterina, palpação obstétrica e estado das membranas – é essencial porque esses procedimentos são importantes indicadores de qualidade da assistência, que permitem confirmar o diagnóstico de trabalho de parto, avaliar o risco materno-fetal precocemente e prestar um atendimento adequado em tempo hábil (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2013).

Existem recomendações científicas de que algumas práticas utilizadas na assistência ao parto reduzem os riscos de desfechos obstétricos negativos e contribuem efetivamente para melhores resultados maternos. Sabe-se, também, que um número considerável de complicações que podem ocorrer durante o trabalho de parto e o parto pode ser minimizado pela prestação de um cuidado obstétrico adequado (WHO, 2018).

Neste estudo, foi observada a adoção de práticas efetivas no manejo do parto, com prevalência variada entre os serviços e, de modo geral, positivamente associada aos desfechos maternos adversos, indicando melhores resultados obstétricos quando utilizadas na assistência ao parto.

Uma das práticas efetivas no manejo do parto utilizada com maior frequência e que obteve resultados significativos para os três desfechos investigados, foi o uso de métodos não farmacológicos (MNF) no cuidado à parturiente. São técnicas recomendadas para as mulheres que solicitam o alívio da dor durante o trabalho de parto (WHO, 2018; BRASIL, 2017), consistindo em tecnologias acessíveis, de baixo custo, utilizadas no trabalho de parto para aumentar o enfrentamento da mulher à dor (MAFETONI; SHIMO, 2014), consideradas métodos para alívio da dor não invasivo, mais seguro para o binômio mãe e filho e que contribuem para uma experiência positiva no parto natural.

Além do alívio da dor durante o trabalho de parto, a satisfação da mulher com a assistência prestada no parto envolve oferecer as condições necessárias para o seu enfrentamento. Os resultados desse apoio e suporte estão

associados a melhores desfechos no parto, como a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia intraparto, a redução de cesarianas e de partos vaginais instrumentais (HODNETT *et al.*, 2013).

Os achados de Osório *et al.* (2014) confirmam que a utilização de métodos não farmacológicos apresentam como desfecho maior satisfação das mulheres com alívio da dor e experiência positiva de parto devido à diminuição de sua ansiedade e estresse, e ainda elucidaram que o uso de MNF não interfere no tipo e na duração do TP, mostrando-se seguro para a prática clínica.

Dessa forma, é imprescindível para a qualidade da assistência ao parto que os cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam mais explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções às parturientes. Além disso, a dor pode ser aliviada utilizando-se apenas essas técnicas de cuidado, retomando o significado fisiológico do parto e o conceito de segurança do paciente na área obstétrica (OSÓRIO *et al.*, 2014).

Outro cuidado importante no manejo do parto é a presença contínua do acompanhante durante o período de trabalho de parto e do parto. Neste estudo, a quase totalidade das mulheres permaneceu com o acompanhante durante toda a internação, o que apontou significativamente para melhores desfechos maternos.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Sousa (2016) em outra região do Brasil, onde a maioria das mulheres teve a presença do acompanhante durante todo o TP e o parto, o que representa um fortalecimento da adesão às boas práticas recomendadas cientificamente (WHO, 2018; BRASIL, 2017) e o cumprimento da legislação vigente no país (BRASIL, 2005).

O apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais. A presença de acompanhante melhora a segurança da mulher no parto, por que parece aumentar a sua capacidade para se expressar, favorecendo sua comunicação, tornando-a fundamental durante o atendimento, principalmente em situação de complicações (DINIZ *et al.* 2014).

O controle da duração do TP por meio do partograma também pode ser considerado efetivo para o manejo do parto. No entanto, neste estudo foi identificado um quantitativo importante de ausência de registros nesse instrumento ou o preenchimento apenas para a conclusão de cesárea.

Ressalta-se a importância do controle do tempo no TP por meio do preenchimento correto do partograma, isto porque anotações inadequadas podem aumentar mais de duas vezes a taxas de cesarianas quando o partograma é iniciado na fase latente do trabalho de parto (LAVANDER *et al.*, 2014).

Além disso, o uso do partograma também constitui um indicador de qualidade e segurança relevante na atenção ao trabalho de parto, pois o preenchimento incompleto ou o desuso desse instrumento aponta para a má qualidade do cuidado, com a conseqüente indicação da cesárea de forma desnecessária, o que pode favorecer a ocorrência de desfechos maternos adversos (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2013).

Outro dado relevante encontrado foi a influência significativa do local do parto no desfecho materno adverso e no conhecimento das mulheres sobre trabalho de parto e o parto. Destaca-se, neste estudo, uma proporção considerável de mulheres, as quais tiveram seus partos e maternidades classificadas para atendimento de risco habitual e intermediário, apresentou DMA, fato que coloca em evidência duas possibilidades. Uma referente ao atendimento medicalizado, e outra ao encaminhamento de mulheres com fatores de risco não identificados precocemente ou com barreiras de acesso aos cuidados obstétricos adequados.

Tais achados indicam uma limitação na adoção de medidas de segurança por alguns serviços obstétricos e a necessidade contínua de capacitação dos profissionais para alcançar uma assistência de qualidade e melhores resultados maternos no parto (PRAXEDES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, chama a atenção, neste estudo, a adoção de medidas intervencionistas na atenção ao parto, as quais podem ter contribuído para a ocorrência de DMA e insatisfação das mulheres no processo parturitivo.

Atualmente, o modelo obstétrico brasileiro mostra-se altamente medicalizado e, ao mesmo tempo, extremamente doloroso, pois não investe em métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor. As parturientes são submetidas a um modelo que prioriza a tecnologia em detrimento das relações humanas. Resignam-se a uma situação de passividade, onde intervenções desnecessárias e, muitas vezes, prejudiciais, são inseridas para acelerar o processo de nascimento (AQUINO, 2014; LEAL *et al.*, 2014b).

Uma pesquisa recente de abrangência nacional sobre o uso de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e ao parto em mulheres

de risco habitual observou o uso expressivo de intervenções, como inserção de cateter venoso, analgesia farmacológica, infusão de ocitocina e episiotomia em 73,3%, 31,5%, 38,2% e 56,1% das mulheres, respectivamente (LEAL *et al.*, 2014a). Resultados similares foram encontrados no estudo de Prado *et al.* (2017) que mostrou prevalência do uso de ocitocina (59,1%), analgesia (4,2%) e episiotomia (43,9%) nas mulheres estudadas.

Um estudo internacional realizado por Howell *et al.* (2014) destacou que o uso de intervenções na atenção ao parto são prejudiciais à saúde materna, podendo levar a complicações obstétricas e desfechos maternos adversos, por isso a importância da redução dessas intervenções no trabalho de parto e no parto pelos serviços obstétricos para a promoção de melhoria na qualidade da assistência e segurança à saúde materna.

Cabe destacar o uso da prática de aceleração/indução do parto com ocitocina, uma medicação amplamente usada, muitas vezes de maneira indiscriminada, que assume um papel representativo de intervenções durante a atenção ao parto (SOUSA *et al.*, 2016). Embora sua indicação seja necessária em alguns casos específicos, como na correção de alterações da evolução do trabalho de parto (BUGG *et al.*, 2013), a utilização de ocitocina deve ser rigorosamente controlada, com mínima frequência de uso possível, devido ao alto risco de provocar danos às mulheres (BERNITZ *et al.*, 2014; SRINIVAS, 2015).

O mesmo cuidado deve ser tomado em relação ao uso de analgesia farmacológica durante o TP, pois um estudo realizado em uma maternidade no estado de Minas Gerais evidenciou que o uso de analgesia aumentou em 3,5% as chances de parto instrumentalizado e quando comparado às mulheres com gestação de alto risco esse risco foi ainda maior, alcançando 4,5% (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017).

Deve-se considerar que o acesso à analgesia farmacologia é um direito que pode ser reivindicado pelas mulheres, devendo estar ao seu alcance quando solicitado durante o trabalho de parto, porém, somente depois de esgotadas as alternativas não farmacológicas para alívio da dor como prevê a nova Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal (BRASIL, 2017).

Estudo realizado por Ballesteros-Meseguer *et al.* (2016) identificou que algumas práticas intervencionistas influenciam o aumento da taxa de episiotomia, como o uso de analgesia peridural, parto instrumentado, uso de

ocitocina durante o parto, indicando que o procedimento de episiotomia não é utilizado de maneira isolada. E esta técnica depende de outras práticas obstétricas.

No presente estudo, a taxa de episiotomia foi de 18% nos partos espontâneos e esteve associada à maior ocorrência de DMA quando utilizada na assistência obstétrica, indicando um problema de qualidade e segurança na atenção ao parto, devendo essa prática ser desestimulada pela inexistência de evidências científicas que comprovem seus benefícios e aos riscos conhecidos do procedimento (FRIEDMAN *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que a frequência das intervenções foi elevada neste estudo, ao levar em consideração que a maioria das gestantes era de risco habitual e intermediário. Em uma visão mais ampla, pode-se indicar que as intervenções foram utilizadas de maneira inadequada e desnecessária, envolvidas por uma rotina que parece não atender às condições clínicas das mulheres, nem às evidências científicas da área.

O presente estudo também mostrou que a quase totalidade das mulheres ficou satisfeita com o atendimento recebido no parto. Resultados similares foram encontrados em estudo recente, realizado na Áustria, que identificou um total de 82% de mulheres satisfeitas com o cuidado vivenciado no local do nascimento (LUEGMAIR *et al.*, 2018).

Outro dado que demonstrou associação significativa foi maior satisfação das mulheres que realizaram parto espontâneo. Esse resultado pode ter ocorrido devido ao uso de prática efetiva para manejo do parto normal, o que vai ao encontro da recente publicação da OMS, com novas recomendações de boas práticas na atenção ao parto, a fim de garantir que as mulheres tenham experiência positiva na hora do parto natural e reduzir a utilização de intervenções desnecessárias (WHO, 2018).

Reitera-se que o processo de orientação das mulheres durante a gestação parece não ter sido suficiente, momento em que as mulheres deveriam ser preparadas e orientadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos, seus riscos e benefícios, tipo de parto e o protagonismo do seu parto. Entretanto, as primíparas e as classificadas como de risco habitual relataram maior conhecimento, fato que poderia ser explicado pela maior expectativa com o parto devido à vivência da maternidade pela primeira vez, o que pode ter contribuído para a busca de informação. Destaca-se ainda que a presença de conhecimento da mulher sobre a

atenção ao parto mostrou-se positivamente relacionada à maior satisfação no atendimento.

O conhecimento das mulheres sobre esse período se reflete diretamente na qualidade e segurança do cuidado durante a internação para o parto. Por esse motivo, compartilhar com a mulher e sua família as informações sobre a evolução do trabalho de parto proporciona calma e segurança. Envolver a mulher nos processos decisórios, deixando explícitos os riscos e benefícios inerentes à prática do cuidado, favorece seu entendimento e permite que suas escolhas aconteçam de maneira responsável, sem exposição de risco a sua vida e de seu filho (REIS, 2014).

Sendo assim, cabe aos profissionais questionarem sobre os anseios e preocupações da mulher em relação ao cuidado, e também incentivá-las a compartilhar suas metas de cuidado ou quaisquer aspectos que ocorram de maneira inesperada ou que não pareçam corretos, para a garantia do conhecimento da mulher sobre o processo de parturição e favorecimento da sua satisfação no atendimento (LYNDON *et al.*, 2015).

A política de segurança do paciente incentiva a participação do paciente e do familiar no seu processo de cuidado, e reconhece sua capacidade de contribuir para a sua própria segurança, pois há evidência de que os pacientes podem detectar o risco de evento adverso mais cedo do que os profissionais de saúde (RANCE *et al.*, 2013).

Para tanto, o paciente e o seu familiar podem ser considerados barreiras de segurança para evitar a ocorrência de desfechos adversos, por isso a importância de uma comunicação efetiva, atentando-se para os questionamentos e indagações da mulher, respeitando sua autonomia de decisão, colocando a mulher como protagonista no processo de parturição, inserida em um processo de cuidado com responsabilidade compartilhada (JACOBSON *et al.*, 2013).

Reitera-se também que a escolha de Donabedian como referencial teórico-metodológico contribuiu para a clareza dos dados deste estudo, permitindo uma melhor compreensão do processo de cuidado. A utilização da tríade proposta pelo autor tornou possível analisar os fatores assistenciais relacionados ao processo assistencial em relação ao atributo de segurança à saúde materna.

Portanto, é fundamental, para o processo assistencial, melhorar a segurança à saúde da mulher na atenção ao parto sob o ponto de vista científico e

humanizado do cuidado, tornando a mulher protagonista do seu parto, respeitando suas crenças, valores, expectativas e autonomia, proporcionando-lhe segurança, conhecimento e experiência positiva no parto.

Como limitação deste estudo aponta-se seu caráter transversal, que reflete uma realidade específica em um tempo determinado, porém, as informações geradas são representativas dessa realidade, fidedignas, e podem servir de subsídio para novos estudos sobre a temática.

3.5 CONCLUSÃO

Na assistência prestada constatou-se a adoção de cuidados efetivos para manejo do parto, a qual contribuiu para melhores resultados maternos. No entanto, esses cuidados não foram suficientes para evitar o uso de práticas intervencionistas e a ocorrência de desfechos maternos adversos.

O cuidado prestado durante o trabalho de parto e o parto evidenciou o uso inadequado de intervenções, as quais resultaram na ocorrência de desfechos maternos adversos, contribuindo para experiências negativas e insatisfação no atendimento ao parto.

Os demais achados encontrados reforçam a necessidade de informação e conhecimento por parte das mulheres na atenção ao parto para a promoção de cuidados seguros e a satisfação no atendimento, o que confirma a importância do monitoramento desses indicadores para a qualidade e a segurança da paciente no processo assistencial.

Dessa forma, o processo assistencial, baseado em evidências científicas, acompanhado do protagonismo da mulher no seu processo de parir por meio do recebimento de informações sobre a evolução do trabalho de parto e o parto e a participação ativa nos processos decisórios mostra-se extremamente necessário para o alcance de desfechos maternos favoráveis.

O estudo evidenciou as potencialidades e os desafios na assistência prestada no parto pelos serviços obstétricos em relação ao cuidado seguro à saúde materna, conhecimento da mulher sobre o TP e o parto e a satisfação no atendimento, que é o mais novo paradigma da assistência prestada pelos serviços obstétricos.

3.6 REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S8- S10, 2014. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BALLESTEROS-MESEGUER, C. et al . Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2793, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02686.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

BERNITZ, S. et al. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort fo low-risck nulliparous women. **Midwifery Journal**, Edinburgh, v. 30, n. 3, p. 364-70, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813001010?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 maio 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 08 abr. 2005. Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/ lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-norma-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-norma-pl.html)>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 7, CD007123, 2013. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub2/epdf/standard>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CARTER, M. C. et al. 2020 vision for high-quality, high-value maternity care system. **Womens Health Issues**, New York, v. 20, n. 1, p. 7-17, 2010. Disponível em: <[https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(09\)00139-X/pdf](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(09)00139-X/pdf)>. Acesso em: 08

jul. 2018.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 140-153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care how can It be assessed? **The Jama Network**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf >. Acesso em: 07 jun. 2017.

DUARTE, S. C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2018.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 458-465, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n5/0103-2100-ape-30-05-0458.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

FRIEDMAN, A. M. et al. Variation in and factors associated with use of episiotomy. **The Jama Network**, Chicago, v. 313, n. 2, p. 197-199, 2015. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2089343>>. Acesso em: 12 maio 2018.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 7, CD003766, 2013. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf/full>>. Acesso em: 25 maio 2018.

HOWELL, E. A. et al. Association between hospital-level obstetric quality indicators and maternal and neonatal morbidity. **JAMA**, Chicago, v. 312, n. 15, p. 1531-1541, 2014. Disponível em: <<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4334152&blobtype=pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

JACOBSON, C. H. et al. Nurses's perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care. **Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 42, v. 5, p. 577-587, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786167/pdf/nihms-498744.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 8, CD005461, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161496/pdf/emss-58683.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

- LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S17-S32, 2014a. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- LEAL, M. C. et al. Ampliando o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S43-S47, 2014b. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.
- LUEGMAIR, K. et al. Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better survey national dataset. **Midwifery Journal**, Edinburg, v. 59, p. 130-140, 2018. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30159-6/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30159-6/pdf)>. Acesso em: 02 maio 2018.
- LYNDON, A. et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: multi-organization blueprint. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v. 44, n. 3, p. 341-349, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12235>>. Acesso em: 02 jul. 2018.
- MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 505-512, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>>. Acesso em: 08 abr. 2018.
- MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 25-38.
- ORTEGA, D. B. et al. Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-173, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0168.pdf> Acesso em: 16 out. 2018.
- OSÓRIO, S. M. B. et al. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.15, n.1, p.174-184, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324030684022.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- PETTKER, C. M.; GROBMAN, W. A. Obstetric safety and quality. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 126, n. 1, p.196-206, 2015. Disponível em:

<https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015_08_article_39.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

PRADO, D. S. et al. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1039-1048, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v63n12/0104-4230-ramb-63-12-1039.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

PRAXEDES, A. O. et al. Avaliação da adesão à lista de verificação de segurança no parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. e00034516, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n10/1678-4464-csp-33-10-e00034516.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

RANCE, S. et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ Quality Safety**, London, v. 22, n. 4, p. 348-355, 2013. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/22/4/348.full.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 373-395.

SILVA, A. C. A. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, p. 01-09, 2016. Número Especial. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>>. Acesso em: 03 maio 2018.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SRINIVAS, S. K. Potential Impact of obstetrics and gynecology hospitalists on safety of obstetric care. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North American**, Philadelphia, v. 42, n. 3, p. 487-491, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333638>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto de adolescentes. **Revista de Enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 221-7, 2013. Disponível: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a14.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=4358CC7F1649F9A536E2E6A18EBF8909?sequence=1>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

4 MANUSCRITO 3

*Acesso aos Cuidados no Trabalho de Parto e
Parto e a Segurança à Saúde Materna*

ACESSO AOS CUIDADOS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E A SEGURANÇA À SAÚDE MATERNA

RESUMO

INTRODUÇÃO: um fator importante para a segurança à saúde materna e a qualidade da assistência é o acesso oportuno aos cuidados obstétricos. **OBJETIVO:** analisar o tempo de acesso ao cuidado no trabalho de parto e no parto e a segurança à saúde materna. **MÉTODO:** estudo transversal analítico, aninhado a uma coorte prospectiva. A coleta de dados foi realizada de julho de 2017 a março de 2018 durante a internação de 470 puérperas, por meio de formulário para transcrição de dados do prontuário materno e aplicação a puérpera, segundo o modelo “3 atrasos” de Thaddeus e Maine, 1994. A análise dos dados foi realizada por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de possíveis associações entre as variáveis independentes [tempo de procurar o serviço de saúde, tempo de transporte até a maternidade, tempo de assistência à saúde pelo serviço obstétrico] e dependentes [Desfechos maternos adversos], [Conhecimento sobre trabalho de parto/parto] e [Satisfação no atendimento durante a internação]. **RESULTADOS:** o desfecho materno adverso (DMA) ocorreu em 46,8% ($n=220$) das puérperas; o desfecho conhecimento sobre TP e parto foi constatado em 57,2% ($n=269$) das mulheres e o desfecho satisfação no atendimento foi relatado por 89,5% ($n=421$) das puérperas. Em relação às orientações recebidas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade identificou-se que as mulheres foram informadas sobre qual hospital procurar em caso de emergência (84,9%), porém, apenas 21,3% delas visitaram a maternidade antes do parto. Quando questionadas sobre de onde vieram até a maternidade constatou-se a seguinte procedência: unidade básica de saúde (UBS) (7,8%), hospital da cidade (9,5%), domicílio (79,4%), outro (3,3%); e em relação ao tipo de transporte que utilizaram até o serviço obstétrico responderam: serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) (15,5%), ambulância simples (5,3%), carro próprio (75,5%), outro (3,7%). A respeito do modelo “3 atrasos” e os desfechos analisados, houve significância estatística entre o DMA e o atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,005$) e o atraso no transporte até a maternidade ($p=0,050$), enquanto o desfecho conhecimento sobre TP e o parto apresentou associação estatística com atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,048$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o modelo “3 atrasos” e a satisfação no atendimento. **CONCLUSÃO:** o tempo de acesso aos cuidados obstétricos interfere negativamente no desfecho materno no parto e no déficit de conhecimento das mulheres sobre trabalho de parto e o parto, mesmo em situações sem risco iminente de morte, o que impacta diretamente a qualidade do cuidado e a segurança da saúde materna.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Qualidade da assistência à saúde. Saúde Materna. Segurança do paciente.

ACCESS TO CARE DURING LABOR AND DELIVERY AND MATERNAL HEALTH SAFETY

ABSTRACT

INTRODUCTION: an important factor for maternal health safety and quality of care is timely access to obstetric care. **OBJECTIVE:** to analyze the time of access to care during labor and delivery and the maternal health safety. **METHOD:** it is a cross-sectional analytical study aligned with a prospective cohort. The collection of data was performed from July 2017 to March 2018 during the hospitalization of 470 puerperal women, through a form for transcription of the data from maternal charts and subsequently application to these mothers, according to the model called “3 delays” of Thaddeus and Maine, 1994. The analysis of the data was performed using the Chi-square test ($p \leq 0.05$) to seek association among independent [Time to seek the health service, Time of transportation until the maternity unit and Time of health care by the obstetric service] and dependent variables [Adverse maternal outcomes], [Knowledge of labor/delivery] and [Satisfaction in service during hospitalization]. **RESULTS:** maternal adverse outcome (AMO) occurred in 46.8% ($n=220$) of the surveyed puerperal women; the outcome of the knowledge of L and delivery was noted in 57.2% ($n=269$) of the women; and the outcome of satisfaction in service was reported by 89.5% ($n=421$) of the puerperal women. Regarding the guidelines received by the women with respect to the access to the place of delivery and the type of transportation used until the maternity unit, we identified that the women were informed about which hospital they should search for in an emergency (84.9%), but only 21.3% of them visited the maternity unit before delivery. When questioned about where they came from to the maternity unit, the following sources were found: basic health unit (BHU) (7.8%), city hospital (9.5%), household (79.4%), other (3.3%); and regarding the type of transportation they used until the obstetric service, they answered: mobile emergency care service (SAMU, as per its Portuguese acronym) (15.5%), simple ambulance (5.3%), own car (75.5%), other (3.7%). With respect to the “3 delays” model and the analyzed outcomes, there was also statistical significance between AMO and the delay in seeking a health service ($p=0.005$), as well as with the delay in transportation until the maternity ($p=0.050$), while the outcome of the knowledge of L and delivery was statistically associated with the delay in seeking a health service ($p=0.048$). There was no statistically significant difference between the “3 delays” model and the satisfaction in service. **CONCLUSION:** the time of access to obstetric care negatively interferes with the maternal outcome of delivery and with the knowledge deficit of women about labor and delivery, even in situations without imminent risk of death, which directly affects the quality of care and the maternal health safety.

Keywords: Health Services Accessibility. Maternal-Child Health Services. Quality of Health Care. Maternal Health. Patient Safety.

4.1 INTRODUÇÃO

A segurança e a qualidade obstétrica são tópicos emergentes e importantes no cenário de saúde atual, para além da pressão e expectativa dos pacientes e familiares por resultado positivos, os serviços de saúde também estão preocupados com a assistência sem danos e melhores desfechos no cuidado prestado à população (PETTKER; GROBMAN, 2015).

Nesse contexto, um fator importante para a segurança e a qualidade do cuidado materno é o acesso oportuno aos serviços obstétricos, pois o atraso no recebimento de cuidados obstétricos está associado, significativamente, à gravidade dos desfechos maternos adversos (PACAGNELLA *et al.*, 2014).

Os autores Thaddeus e Maine (1994) desenvolveram um modelo denominado “três atrasos” para avaliar o acesso aos cuidados obstétricos, discriminado em três componentes ou fases: (1) atraso na decisão de buscar o serviço de saúde; (2) atraso em identificar e alcançar o serviço de saúde adequado; e (3) atraso em receber o cuidado adequado no momento oportuno. Desde então, esse modelo tem sido utilizado para explicar a maior parte dos desfechos maternos fatais (THADDEUS; MAINE, 1994) e alguns casos de morbidade materna grave (AMORIM *et al.*, 2008; PACAGNELLA *et al.*, 2014).

Diante disso, vale ressaltar que além da morte materna e situações ameaçadoras da vida (*near miss* materno), existem outros incidentes que provocam desfechos maternos adversos menos severos que não podem ser deixados de lado, pois estão rotineiramente presentes na realidade da assistência ao parto (REIS, 2014). Portanto, quando surge qualquer intercorrência obstétrica durante o TP e o parto, a importância do reconhecimento de sinais de perigo, a procura rápida por atendimento e o fornecimento de cuidados adequados em tempo oportuno são fundamentais para a segurança da saúde materna.

Assim, considerando-se que, no Brasil: 98% dos partos ocorrem dentro de organizações de saúde hospitalares (BRASIL, 2015); que o acesso oportuno a serviços obstétricos reduz significativamente o número de desfechos maternos adversos fatais, com resultados positivos para a segurança à saúde materna (SRINIVAS, 2015); que políticas de saúde materno-infantil para favorecer a promoção da qualidade do serviço, como o programa Rede Mãe Paranaense cuja missão é garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de

qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2012), torna-se pertinentes os estudos que abarcam o acesso até as maternidades para o diagnóstico da qualidade do cuidado e segurança da paciente.

Espera-se, com este estudo, apontar as lacunas existentes para o alcance de cuidados obstétricos apropriados e de qualidade, fornecendo subsídios para os gestores implementarem ações que fortaleçam as políticas públicas de saúde que preconizam o acesso materno aos serviços obstétricos. Além disso, espera-se que haja direcionamento dos investimentos em educação em saúde para essa população específica, a fim de garantir qualidade e segurança no cuidado, direito de acesso à saúde e à informação da usuária.

Considerando-se a relevância do reconhecimento, e resposta em tempo hábil, dos cuidados obstétricos para a melhoria dos desfechos maternos e segurança na atenção ao parto, este estudo teve como objetivo analisar o tempo de acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto e a segurança à saúde materna.

4.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado à coorte prospectiva, realizado em cinco hospitais/maternidades inseridos no Programa Rede Mãe Paranaense localizada na 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná, caracterizada por maternidades que atendem gestantes de Risco Habitual e Risco Intermediário (quatro maternidades sem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulto do município de Rolândia, Ibiporã, Cambé e Londrina) e maternidade referência para gestação de Alto Risco (uma maternidade com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e adulta do município de Londrina).

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, intitulado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, desenvolvido em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná: 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel, e 17ª RS de Londrina.

A população de estudo foi constituída por puérperas internadas nessas maternidades, e a partir de amostragem estratificada tem como base cada instituição e o número de partos ocorridos nas maternidades no ano de 2016.

Estimou-se o tamanho amostral mínimo de 386 puérperas, ao qual adicionou-se 20%, como margem de segurança para atender ao número amostral e considerando-se possíveis perdas, obtendo um N=470.

O critério de inclusão foi mulheres com idade gestacional de ≥ 32 semanas e residir na área urbana dos municípios da 17ª Regional de Saúde de Londrina.

Realizou-se um estudo piloto para adequação do instrumento, capacitação e acompanhamento dos alunos de graduação em enfermagem com o objetivo de instruí-los para as etapas de coleta de dados. Sequencialmente, foi iniciada a coleta de dados no período de julho de 2017 a março de 2018. Utilizou-se um instrumento estruturado para busca de informações disponibilizadas no prontuário materno e entrevista com as puérperas. Foram levantadas informações sobre dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos anteriores, e o acesso aos serviços de saúde segundo o Modelo três atrasos de Thaddeus e Maine (1994) para analisar o tempo de acesso aos cuidados obstétricos e a ocorrência de desfecho materno adverso; conhecimento sobre TP e o parto e a satisfação das usuárias no atendimento, obtidos por meio de indicadores assistenciais obstétricos, conhecimento sobre TP e o parto e a satisfação no atendimento (APÊNDICE A).

O modelo “três atrasos” refere-se ao acesso da mulher aos serviços de saúde: 1º - atraso de decisão de procurar serviço de saúde; 2º - atraso no transporte até maternidade; e 3º - atraso no atendimento do profissional de saúde (THADDEUS E MAINE, 1994). Neste estudo, a unidade de análise não foi o atraso e sim o “tempo de acesso” aos cuidados de saúde, a partir dos relatos das puérperas, com base nas três fases propostas pelos autores. Utilizou-se o termo “acesso” para o ato de receber assistência na atenção ao parto pelos serviços obstétricos em tempo oportuno, porque essas fragilidades prejudicam os cuidados e podem contribuir para a ocorrência de desfechos maternos adversos, conforme descrito anteriormente.

Para minimizar o viés de coleta de dados e garantir a qualidade das informações foi criado um roteiro de coleta como um procedimento operacional padrão adotado por todos os coletores. Também foi realizada a dupla coleta de dados, um coletor para dados dos prontuários e outro para entrevista com a puérpera. Posteriormente, a digitação dos dados foi realizada por pessoas treinadas no manuseio do programa, e realizadas por pares, por meio da dupla digitação para

maior fidedignidade dos resultados.

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, e analisados por meio do Teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre variáveis independentes (modelo três atrasos) e dependentes. As variáveis dependentes foram: 'desfecho materno adverso', 'conhecimento sobre o trabalho de parto e o parto' e 'satisfação no atendimento no parto'.

Este estudo respeitou os preceitos éticos dos indivíduos envolvidos, conforme Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa obteve aprovação das cinco maternidades em estudo (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR em 09 de maio de 2017, sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231 (ANEXO B).

A pesquisa de campo foi iniciada após o esclarecimento sobre os objetivos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) impresso em duas vias de mesmo teor, ficando uma via em poder dos pesquisadores e a outra com o sujeito da pesquisa.

4.3 RESULTADOS

No período de coleta de dados o desfecho materno adverso (DMA) ocorreu em 46,8% ($n=220$) das puérperas, distribuído nas cinco maternidades deste estudo.

Na Tabela abaixo constam os tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto, definidos como eventos com danos que interferem no *continuum* da saúde materna. Dentre os DMA, a intercorrência intraparto representou a maioria (38,2%) dos casos, seguido da laceração de 3º e 4º grau (27,3%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto, Paraná, Brasil, 2018. $n=220$.

	n	%
Doença desenvolvida no pré-parto hemorrágicos	10	4,5
Doença desenvolvida no pré-parto infeccioso	24	10,9
Doença desenvolvida no pré-parto hipertensivo	28	12,7

Doença desenvolvida no pré-parto agravo clínico	02	1,0
Doença desenvolvida no pré-parto metabólico	02	1,0
Laceração de períneo de 3º e 4º grau	60	27,3
Intercorrências intraparto*	83	38,2
Intercorrências quarto período (Greenberg)**	11	4,5
Total	220	100,0

* n=83 (56 distócia de progressão, 02 eclampsia, 03 descolamento prematuro de placenta, 18 sofrimento fetal, 04 outros).

**n=10 (02 eclâmpsia, 06 hemorragia pós-parto, 02 massagem uterina, 01 remoção de produtos retidos).

Neste estudo também foi investigado o desfecho conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e o parto, e constatou-se que 57,2% (n=269) das puérperas tinham conhecimento sobre os cuidados e orientações desse período. Também foi analisado o desfecho satisfação no atendimento, sendo identificado que 89,5% (n=421) das puérperas mostraram-se satisfeitas com o atendimento recebido durante a internação para o parto.

Quanto às características socioeconômicas e demográficas observou-se que a maioria das puérperas tinha idade entre 20 e 34 anos (70,2%), mais de 12 anos de estudo (46,0%), ocupação não remunerada (58,5%), renda familiar de dois a três salários mínimos (54,7%) e contava com companheiro (86,6%). A respeito da história clínico-obstétrica anterior constatou-se que 67,9% das mulheres não tinham antecedentes clínico-obstétricos patológicos, e 52,8% eram primíparas.

Na Tabela 2 apresentam-se as orientações recebidas e condutas tomadas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade. Entre as orientações, 84,9% das mulheres foram informadas qual hospital procurar em caso de emergência, 78,7% não visitaram a maternidade antes do parto, 79,4% tiveram como procedência o domicílio, e 75,5% utilizaram o carro próprio para o transporte até a maternidade.

Tabela 2 – Distribuição das orientações recebidas e condutas tomadas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade, Paraná, Brasil, 2018.

	n	%
Foi informada que hospital procurar em caso de emergência		
Sim	399	84,9
Não	71	15,1
Visitou a maternidade antes do parto		
Sim	100	21,3

Não	370	78,7
De qual local veio até a maternidade		
UBS	37	7,8
Hospital da cidade	44	9,5
Domicílio	373	79,4
Outro	16	3,3
Tipo de transporte utilizado para vir até maternidade		
SAMU	73	15,5
Ambulância simples	25	5,3
Carro próprio	355	75,5
Outro	17	3,7
Total	470	100,0

A Tabela 3 apresenta a distribuição do tempo de acesso aos cuidados obstétricos segundo o “modelo três atrasos”, e o desfecho materno adverso. Houve diferença estatisticamente significativa entre o primeiro atraso - tempo para decisão em procurar um serviço de saúde ($p=0,005$); segundo atraso - tempo de transporte até a maternidade ($p=0,050$) e o DMA, sendo que 63% das mulheres que referiram mais de nove horas depois do início dos sintomas para procurar o serviço obstétrico desenvolveram desfecho materno adverso; e 61,7% das mulheres que referiram acima de 30 minutos no transporte até a maternidade apresentaram DMA durante a internação para o parto.

Tabela 3 – Distribuição do tempo de acesso segundo o “modelo 3 atrasos” de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho materno adverso, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Desfecho materno adverso				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Decisão de procurar** atendimento (1º atraso)***					
Até 3 horas	109	48,9	114	51,1	p = 0,005
De 4 a 8 horas	22	34,9	41	65,1	
Acima 9 horas	46	63,0	27	37,0	
Tempo do transporte até serviço de saúde (2º atraso)**					
Até 30 minutos	146	49,7	148	50,3	p = 0,050
31 min a 1h 30min	50	61,7	31	38,3	
Tempo espera por atendimento médico (3º atraso)**					
Até 15 minutos	111	48,7	117	51,3	p = 0,362
16 a 30 minutos	36	52,2	33	47,8	
31min a 1 hora	32	41,0	46	59,0	

*Teste Qui-quadrado ($p<0,05$).

**n=375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa).

***Sem registro – 16 mulheres.

Quanto à distribuição do tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo dos três atrasos e o conhecimento sobre o TP e o parto, constatou-se significância estatística entre o primeiro atraso – tempo de decisão de procurar por atendimento ($p=0,048$) e o desfecho conhecimento sobre o TP e o parto. O conhecimento sobre o TP e o parto esteve presente em 60,1% das mulheres que levaram menos de três horas do início dos sintomas para procurar o serviço de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do tempo de acesso segundo “modelo 3 atrasos” de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho conhecimento sobre TP e parto, Paraná, Brasil, 2018.

Variáveis	Conhecimento TP e parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Decisão de procurar ** atendimento (1º atraso)***					
Até 3 horas	134	60,1	89	39,9	p = 0,048
De 4 a 8 horas	45	71,4	18	28,6	
Acima 9 horas	37	50,7	36	49,7	
Tempo do transporte até serviço de saúde (2º atraso)**					
Até 30 minutos	178	60,2	117	39,8	p = 0,523
31 min a 1h 30min	45	56,3	35	43,8	
Tempo espera por atendimento médico (3º atraso)**					
Até 15 minutos	145	63,2	84	36,8	p = 0,143
16 a 30 minutos	35	50,7	34	49,3	
31min a 1 hora	43	55,8	34	44,2	

*Teste Qui-quadrado ($p<0,05$).

**n=375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa).

***Sem registro – 16 mulheres.

Não houve diferença estatística entre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo “3 atrasos”, e o desfecho satisfação no atendimento.

4.4 DISCUSSÃO

Atualmente, existem estudos que explicam a relação entre morte materna (THADDEUS e MAINE, 1994), parte significativa dos casos de *near miss* materno (AMORIM *et al.*, 2008; PACAGNELLA *et al.*, 2014) e os atrasos na decisão de buscar pela assistência, no acesso da paciente ao serviço de saúde e em receber assistência à saúde (“modelo dos três atrasos”). No entanto, este é o primeiro estudo

que relaciona o tempo de acesso aos cuidados obstétricos pautado nos elementos do modelo “3 atrasos” e a ocorrência de desfechos maternos adversos menos severos, que também são prejudiciais à saúde materna que deve receber cuidado adequado e oportuno a fim de evitar a progressão para um desfecho materno mais grave ou até mesmo fatal.

Apesar do modelo “3 atrasos” ter sido criado para explicar casos de emergências obstétricas que contribuem para a ocorrência de desfechos maternos fatais, outras situações de desfechos maternos menos graves também podem evoluir desfavoravelmente, levando a uma urgência e/ou emergência obstétrica, que representam riscos à saúde materna, portanto, devem ser igualmente investigados, porque apresentam maior prevalência no atual cenário assistencial obstétrico (REIS, 2014).

Os fatores que influenciam o tempo de acesso aos cuidados obstétricos e o desfecho materno no 1º atraso são as condições socioeconômicas e culturais das mulheres, acessibilidade aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido anteriormente; no 2º atraso, a acessibilidade aos serviços de saúde; e, por último, no 3º atraso, a qualidade do cuidado ofertado (THADDEUS E MAINE, 1994).

Neste estudo, as mulheres que levaram mais tempo para a tomada de decisão de procurar por serviço de saúde e mais tempo de transporte até a maternidade tiveram associação negativa relativa à ocorrência de desfecho materno adverso, ou seja, desenvolveram maior número de DMA.

Esses achados vão ao encontro do estudo realizado por Das *et al.* (2010), no qual, mulheres que chegavam ao hospital dentro de quatro horas da decisão de procurar atendimento tiveram maior chance de resultado favorável do que aquelas que chegaram dentro de oito horas.

Especificamente em relação ao primeiro atraso, quando surgem emergências obstétricas durante o TP e o parto, a importância do reconhecimento de sinais de perigo e procura por atendimento rapidamente são fundamentais para resposta em tempo hábil e melhoria dos resultados maternos e neonatais (SRINIVAS, 2015).

Um estudo internacional que buscou explicar como a decisão da mulher de procurar por atendimento materno é tomada identificou que o contexto

social em que a mulher está inserida influencia diretamente o seu processo decisório, além da situação econômica precária e a submissão ao esposo, que prevaleceu na população investigada, enfatizando a relação entre o empoderamento da mulher e a redução de desfechos maternos adversos (SOMÉ *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o conhecimento sobre a condição clínica atual e a orientação da mulher sobre a necessidade do cuidado são essenciais para a decisão de procurar um serviço de saúde ou chamar por atendimento em tempo oportuno (MARTIJN *et al.*, 2013).

Outro dado encontrado neste estudo foi o maior tempo gasto em transporte até a maternidade e a ocorrência de DMA. Achados similares foram encontrados em pesquisa no Sudeste do Brasil, a qual analisou o desfecho materno fatal e a acessibilidade aos serviços de saúde, identificando que a distância entre a residência e o hospital é um importante fator de risco para o desfecho fatal na população estudada (SIMOES; ALMEIDA, 2014).

Um estudo realizado em outra região do país também destacou que o acesso inadequado aos cuidados na atenção ao parto pode aumentar os riscos maternos, devido a possíveis complicações obstétricas que podem ser evitadas pelo atendimento oportuno, levando a complicações severas quando não disponíveis (FURTADO *et al.*, 2016).

Uma situação que merece destaque no acesso aos cuidados obstétricos é o encaminhamento, em tempo oportuno, aos serviços que oferecem assistência à saúde adequada, de acordo com a necessidade da mulher, o que contribui positivamente para um cuidado de qualidade e seguro às mulheres.

Dessa forma, mesmo diante de um baixo risco de ocorrência de eventos adversos no cuidado prestado, uma consciência contínua de possível apresentação de complicação de alto risco deve fazer parte da prática diária dos serviços obstétricos (MARTIJN *et al.*, 2013).

Este estudo também identificou que, embora uma parcela significativa de mulheres tenha recebido orientação sobre qual maternidade procurar em caso de emergência, menos de um terço delas foi transportada para o serviço obstétrico por ambulância, pois dois terços tiveram acesso à maternidade por conta própria, o que pode ter contribuído para o aumento do tempo de decisão de procurar pelo serviço de saúde e do tempo de transporte até a maternidade.

Uma revisão sistemática internacional sobre as evidências qualitativas dos facilitadores e barreiras do cuidado nos locais de nascimento em países de baixa e média renda, identificou que as barreiras-chave são influenciadas pela percepção de TP e parto, pelos fatores socioculturais, pela qualidade do cuidado no parto e a disponibilidade e acesso aos recursos, este último em relação à longa distância até a maternidade, falta de transporte acessível, atraso no acesso a serviço de referência para parto e custos indiretos relacionados aos locais de nascimento (BOHREN *et al.*, 2014).

Corroborando com esses dados, estudo realizado por Srinivas (2015) mostrou que os obstáculos ao cuidado obstétrico foram representados pela falta de locais de parto adequados, transporte insuficiente e fornecimento inadequado de prestadores de cuidados de saúde, os quais resultaram em desfechos maternos adversos em países em desenvolvimento.

As dificuldades na procura e na oferta que impedem o uso de serviços de saúde referência ao parto são consideradas barreiras primárias, caracterizadas pelo medo das mulheres de serem negligenciadas ou mal-tratadas pelos profissionais, longa distância, pobreza, falta de apoio do marido, deficiência do sistema de saúde relacionada ao pessoal, capacitação inadequada e sistemas de referência ineficientes (ANASTASI *et al.*, 2015).

Outro estudo realizado em um país subdesenvolvido apontou que o longo tempo de espera por atendimento, má qualidade da assistência, falta de privacidade nos serviços obstétricos e a dificuldade na disponibilidade de transporte adequado foram considerados as principais barreiras no sistema de saúde para o acesso equitativo e uso dos serviços pela população estudada (GANLE *et al.*, 2014).

Pesquisa multicêntrica, envolvendo 27 unidades obstétricas de referência para todas as regiões brasileiras, observou que a maioria dos atrasos no recebimento de cuidado obstétrico estava relacionada à acessibilidade dos serviços de saúde que apresentou associação significativa com o aumento da gravidade do desfecho materno (PACAGNELLA *et al.*, 2014).

Embora a maioria dos estudos supramencionados aponte a disponibilidade e o acesso a maternidades como os principais fatores contribuintes para o aumento do tempo para receber os cuidados obstétricos, é surpreendente o quanto a experiência da mulher no cuidado recebido anteriormente influencia sua decisão em procurar pelo serviço de saúde obstétrico. É fundamental a realização

de investimentos para melhorar a qualidade da assistência, como uma das estratégias para redução das barreiras de acesso ao cuidado no parto e melhora da satisfação da mulher com o atendimento.

Outro achado inédito deste estudo foi a investigação sobre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos segundo o modelo “3 atrasos” e o conhecimento da mulher sobre a evolução e os cuidados no trabalho de parto e no parto. Constatou-se que a maioria das mulheres que relataram maior tempo para tomada de decisão em procurar por serviço de saúde não tinha conhecimento sobre a evolução do trabalho de parto e os cuidados os cuidados durante a internação para o parto.

Resultados similares foram encontrados por Bogale e Markos (2015) que identificaram o baixo nível de conhecimento das mulheres sobre os sinais de perigo obstétrico durante a gravidez, parto e pós-parto, constatando que as mulheres que não tinham conhecimento eram mais susceptíveis ao atraso na decisão de procurar por atendimento. Isso pode ser explicado devido à falha na comunicação entre equipe de saúde e paciente.

A comunicação centrada no paciente facilita a identificação de potencial erro e correção de condições de saúde durante o trabalho de parto e parto por parte dos profissionais, pacientes e familiares. Essa comunicação eficaz entre profissionais e pacientes proporciona um cuidado seguro e altamente confiável à mulher (LYNDON *et al.*, 2015).

O conhecimento sobre sua condição de saúde e o cuidado adequado à sua necessidade aumenta a autonomia da mulher na tomada de decisão sobre sua própria saúde, desenvolvendo maior confiança e conscientização para buscar serviços de saúde que lhe ofereçam os melhores cuidados (ASRES; DAVEY, 2015).

A demora no reconhecimento das condições clínicas é considerada uma das causas que leva ao atraso na busca de atendimento. No entanto, a falha no reconhecimento pode também acontecer em serviços de saúde nos quais os profissionais são incapazes de fornecer orientações e encaminhamento adequado. Por isso a importância da educação em saúde para comunidades e famílias, a fim de ajudá-las a reconhecer os sinais de perigo na gravidez e as condições de risco para a mulher e o bebê (PACAGNELLA *et al.*, 2012).

Para a segurança na assistência ao parto é necessário estabelecer responsabilidade compartilhada, em que os profissionais e as mulheres são responsabilizados pelo processo de cuidado, criando ambientes onde cada um tem liberdade de discutir e expor suas preocupações sobre segurança e todos os aspectos do cuidado, e também ser encorajado a assim fazê-lo (ACOG, 2009).

A ausência de associação negativa entre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo “3 atrasos”, e o desfecho satisfação no atendimento foi um achado positivo que, pode ser explicado por não ter havido demora significativa no atendimento obstétrico, o que comumente gera maior insatisfação no usuário do serviço de saúde.

A limitação deste estudo justifica-se pelo seu caráter transversal, que traduz uma realidade local específica das mulheres estudadas, assim, os resultados não podem ser generalizados para toda população brasileira. No entanto, corresponde a uma amostra significativa dessa população, sendo os resultados representativos de todas as mulheres que tiveram partos nas maternidades em estudo, podendo também ser replicado em outros locais de interesse.

Contudo, para Pacagnella *et al.* (2012) a redução dos desfechos maternos adversos vai além de melhoria na qualidade da assistência obstétrica, sendo não menos importante a diminuição do intervalo entre o início de uma complicação e o cuidado apropriado.

As fragilidades em relação a esse acesso e à assistência prestada devem ser identificadas para definição de estratégias de intervenção com o intuito de reduzir as desigualdades sociais e contribuir para a melhoria dos desfechos maternos (BITTENCOURT *et al.*, 2016). Dessa forma, os resultados do presente estudo devem ser vistos na perspectiva de avaliação da qualidade da atenção materna ao parto.

4.5 CONCLUSÃO

Observou-se, neste estudo, que o tempo de acesso aos cuidados obstétricos interfere negativamente no desfecho materno no parto, mesmo em situações sem risco iminente de morte.

Outro achado importante foi que o tempo de decisão para procurar o serviço de saúde está associado ao grau de conhecimento materno, o que reveste

de grande importância o fornecimento de orientações à mulher durante todo o período gestacional, no trabalho de parto e no parto.

Dessa forma, ressalta-se que a educação em saúde torna-se imprescindível durante todo o ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão, acesso ao atendimento em tempo oportuno, maior informação e autonomia materna no seu processo de cuidado, proporcionando segurança e experiência positiva no atendimento.

Para além do acesso à informação faz-se necessário investimento nos gestores, em aspectos relacionados ao acesso da usuária aos serviços obstétricos, por meio de articulações entre as redes de atenção, a fim de minimizar os riscos de desfechos maternos adversos que podem surgir pela falha no planejamento e organização da assistência materna.

Ademais, a adoção de práticas efetivas para o manejo do parto, conforme recomendações vigentes, considerando-se o cuidado centrado na mulher, são essenciais para proporcionar um cuidado de qualidade e uma experiência positiva com o parto, contribuindo positivamente para a tomada de decisão e acesso aos cuidados obstétricos.

Conclui-se que o tempo de acesso ao cuidado obstétrico tem influência no desfecho materno adverso e no conhecimento materno sobre o TP e o parto, que impacta, diretamente, na qualidade do cuidado e na segurança da saúde materna.

4.6 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee on Patient Safety and Quality Improvement. Committee Opinion, n. 447. Patient safety in obstetrics and gynecology. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v.114, p.1424-1427, 2009. Disponível em: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Patient-Safety-in-Obstetrics-and-Gynecology>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

AMORIM, M. M. R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 261-266, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a21v54n3.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

ANASTASI, E. et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London,

v. 15, p. 287, 2015. Disponível em:

<<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0695-9>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

ASRES, A.; DAVEY, G. Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka zone, southwest Ethiopia. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, n. 4, p. 859-867, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25055761>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, p. 257-265, 2016. Suplemento 1. Disponível em:

<<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0229-6>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BOGALE, D.; MARKOS, D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 15, p. 77, 2015. Disponível em:

<<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0508-1>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BOHREN, M. A. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, London, v. 11, p. 71, 2014. <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-71>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**, 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

Acesso em: 02 mar. 2018.

DAS, V.; AGRAWAL, S.; AGARWAL, A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Limerick, v. 109, n. 1, p. 72–73, 2010. Disponível em:

<<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2009.11.003>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FURTADO, É. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 23, p. 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

GANLE, J. K. et al. A qualitative study of health system barriers to accessibility and

utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 14, n. 425, 2014. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-014-0425-8>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

LYNDON, A. et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: multi-organization blueprint. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v. 44, n. 3, p. 341-349, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12235>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MARTIJN, L. et al. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 13, n. 219, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219453/pdf/1471-2393-13-219.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

PACAGNELLA, R. C. et al. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. **Reproductive Health Matters**, London, v. 20, n. 39, p. 155-163, 2012. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2939601-8?needAccess=true>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

PACAGNELLA, R. C.; et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.14, p.159, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24886330>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha guia:** Programa Rede Mãe Paranaense. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

PETTKER, C. M.; GROBMAN, W. A. Obstetric safety and quality. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 126, n. 1, p.196-206, 2015. Disponível em: <https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015_08_article_39.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente:** conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 373-395.

SIMÕES, P. P.; ALMEIDA, R. M. V. R. Maternal mortality and accessibility to health services by means of transit-network estimated traveled distances. **Maternal Child Health Journal**, New York, v.18, n. 6, p. 1506-1511, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24162510>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SOMÉ, D. T. et al. How decision for seeking maternal care is made - a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. **Reproductive Health**, London, v. 10, p. 8, 2013. Disponível em: <

journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-10-8>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SRINIVAS, S. K. Potential Impact of obstetrics and gynecology hospitalists on safety of obstetric care. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North American**, Philadelphia, v. 42, n. 3, p. 487-491, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333638> >. Acesso em: 15 jul. 2018.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 38, n. 8, p.1091-1110, 1994. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/b417/80532a0b5d28547b1f659e64dacf36eac98d.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Avaliação é essencial
mas não é suficiente.
É preciso agir na correção
dos problemas encontrados”*

Mônica Martins.

Os manuscritos desta dissertação destacaram os fatores assistenciais relacionados ao atributo Segurança do conceito de qualidade do cuidado à saúde, especificamente na atenção materna ao parto, dando enfoque aos indicadores: estrutura, processo e resultado dos serviços obstétricos.

Apontaram-se os problemas na qualidade do cuidado relacionados à segurança da saúde materna, compreendidos pela estruturação dos serviços, o processo assistencial no parto e o tempo de acesso ao cuidado obstétrico, que podem ter contribuído para a ocorrência de desfechos maternos adversos, déficits de conhecimento sobre o TP e o parto e insatisfações no atendimento ao parto.

Salienta-se que a estrutura adequada dos serviços, o acesso ao cuidado obstétrico em tempo hábil e a utilização de práticas assistenciais comprovadas cientificamente são essenciais para a promoção da qualidade do cuidado e a atenção ao parto e nascimento seguro.

Considerando-se a missão do programa Rede Mãe Paranaense de garantir o acesso e atenção à saúde materna e promover um cuidado seguro e de qualidade à mulher no parto, esses manuscritos não confirmaram a hipótese da dissertação. Mesmo que muitos avanços tenham ocorrido na assistência materna, em busca de melhoria na qualidade dos serviços, ainda existe um desafio para o sistema de saúde melhorar a qualidade do cuidado e a segurança à saúde materna.

Para tanto, os serviços obstétricos requerem visão sistêmica, redes integradas, interagindo adequada e oportunamente. Além disso, é necessária a adesão à política de qualidade e segurança para a promoção de uma cultura de segurança favorável, que facilite a responsabilização coletiva pelo paciente e permita que eventos adversos sejam discutidos de maneira aberta e efetiva como fonte de aprendizado.

Finalmente, os serviços de atenção materna devem implementar ações estabelecidas nas políticas públicas de qualidade e segurança à saúde materna, e implantar um sistema de monitoramento efetivo dos indicadores relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado na gestão das organizações de saúde, a fim de que sejam obtidos os melhores desfechos maternos na assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 261-266, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a21v54n3.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em 16 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014b. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**, 2015a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa (RN), n. 368 de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2015b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto parto adequado**. Rio de Janeiro: ANS, 2015c. <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, Washington, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/200/4344/856.long>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care how can It be assessed? **The Jama Network**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, 2005, p. 691-729. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in América. **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: The National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf>. Acesso em 12 mar. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health care in America. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

- LIMA, R. T.; SILVA, E.P. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p.103-114, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9903>>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n.10, p. 441-445, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n10/0100-7203-rbgo-37-10-00441.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.
- MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 25-38.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- PACAGNELLA, R. C.; et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.14, p.159, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24886330>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha guia**: Programa Rede Mãe Paranaense. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 373-395.
- THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 38, n. 8, p.1091-1110, 1994. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/b417/80532a0b5d28547b1f659e64dacf36eac98d.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Maternal mortality update 2002**: a focus on emergency obstetric care. New York: United Nations Population Fund, 2003. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate-2002_eng.pdf>. Acesso em 07 jun. 2018.
- VIACAVA, F.; UGÁ, M.A.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.S. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 mar 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes, v1.1, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> . Acesso em 09 mar 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe Childbirth Checklist Programme: an overview**. Geneva: World Health Organization; 2013. 13 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background_document.pdf>. Acesso em 14 jun. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR em 09 de maio de 2017 sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231.

Precisaremos encontrar você em **4 momentos** para realizar **entrevista** na maternidade; visitando sua casa em 30 dias; **seis meses (entrevista gravada)** e **1 ano e 6 meses** após o parto. **Para visita-la iremos ligar e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.**

Iremos perguntar sobre como foi o seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

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

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem a disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante a entrevista, porém poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados à você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Também faremos grupos de orientação ao final da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas sobre saúde e prevenir futuros riscos em uma nova gestação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com **Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari**, moro na rua Joana Darc 99, meus telefones são 33222904 ou 999141138, email: ropimentaferrari@uel.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Em se tratando de menores de 18 anos informamos que esta pesquisa atende e respeita os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990, sendo eles: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária. Garantimos também que será atendido o Artigo 18 do ECA: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Portanto, solicitamos a sua autorização para que ela participe desta pesquisa, bem como autorização do menor.

Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com minha participação **voluntária** na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica):_____

PARA MENORES DE 18 ANOS

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação da **CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE** sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica):_____

Caso o ADOLESCENTE SEJA MAIOR DE 12 ANOS, deverá constar o espaço abaixo para assinatura do menor.

Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima. Assinatura dactiloscópica):_____.

APÊNDICE B
Instrumento de Registro de Dados

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Número do Instrumento/Ficha: _____

Data da Entrevista: ___/___/___; Entrevistador: _____

Regional de Saúde: () 9ª RS () 10ª RS () 17ª RS

Município: Local do parto:.....

Data Admissão: ___/___/___ Data Parto: ___/___/___ Data ALTA: ___/___/___

Nome da Puérpera:

Registro Hospitalar (**Prontuário**): _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA

Endereço: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Zona: _____ Cidade: _____

UBS/USF de referência _____

Telefone materno c/ whatsapp se possível: _____

Acesso ao facebook materno: _____

Telefone paterno: _____

Telefone (s) parente mais próximo: _____

OBS do Entrevistador: _____

OBSERVAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO:

Na 3ª COLUNA geralmente há 2 opções de fonte para obtenção de dados

ASSINALE A (s) FONTE (s) de coleta.

I. Aspectos Socioeconômico-Demográficos		
1. Idade	_____anos.	Entrevista
2. Raça/cor	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Entrevista
3. Situação conjugal	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista
4. N° pessoas que <u>moram na casa</u>	.....pessoas	Entrevista
5. Grau parentesco moradores na casa	.....	Entrevista
6. Quem trabalha na casa (chefe família)	.....	Entrevista
7. N° cômodos <u>casa</u> (exceto banheiro)	(1) um (2) dois (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7)	Entrevista
8. N° de filhos	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) quatro (5)	Entrevista
9. Escolaridade MÃE	..... anos de estudo da MÃE da criança	Entrevista
10. Escolaridade PAI	..... anos de estudo do PAI da criança	Entrevista
11. Condição de Ocupação materna	(1) Remunerada Qual profissão? (2) Não remunerada	Entrevista
12. Renda familiar	R\$.....	Entrevista
13. Recebe Bolsa Família Bolsa Gestante ou outro	(1) Sim Qual(is)..... (2) Não	Entrevista
II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)		
14. Antecedentes Clínicos	(1) Não tem antecedentes (3) Cardiopatia (5) Diabetes Melitus (7) Hipertireoidismo (9) Lúpus eritematoso sistêmico (11) Artrite Reumatóide (13) Sífilis (15) HIV (17) POT Cirurgia Bariátrica outro..... (88) s/ registro (2) Hipertensão Arterial (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (6) Hipotireoidismo (8) Infecção do trato urinário (10) Doença Mental (12) Distúrbios de coagulação (14) Trabalho Parto prematuro (16) Obesidade (18)	CPN () Prontuário () Entrevista ()
15. Foi orientada por profissional da saúde sobre os Antecedentes e Risco Gestacional	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não Por quê?	CPN () Prontuário () Entrevista ()
16. Faz acompanhamento médico especializado	(1) Sim Qual?..... (2) Não (99) Não se aplica	CPN () Prontuário () Entrevista ()
22. Faz uso contínuo de Medicamentos	(1) Sim (assinale a seguir os medicamentos) (2) Não VÁ para questão 24	Prontuário () Entrevista ()
23. Medicamentos de uso contínuo	(1) Anti-hipertensivo (2) anticoagulante (3) Corticoide (4) Anticonvulsivante (5) Diurético (6) Insulina (7) outros Quais?	Prontuário () Entrevista ()
24. Estava em uso de alguma medicação quando soube que estava grávida (ex. inibidor de apetite)	(1) Sim Qual	Prontuário () Entrevista ()
III Condições da parturiente na Admissão na Maternidade (PRÉ-PARTO e TRABALHO DE PARTO)		
28. De qual local você veio para a maternidade	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) AHC (5) Consultório médico (6) Domicílio (7) Outro.....	Entrevista
29. Como foi o transporte?	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro.....	Entrevista

	(99) não se aplica	
30. Classificação Risco Gestacional na admissão	(1) Risco Habitual (RH) (2) Risco Intermediário (RI) Motivo:..... (3) Alto Risco (AR) Motivo:.....	CPN () Entrevista ()
31. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação de Risco	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista
32. Alteração dos sinais vitais	(1) Sim Qual(is)?..... (2) Não (88) S/registro	Prontuário
33. Dilatação cervical	_____cm. (88) S/registro	Prontuário
34. Dinâmica uterina	(1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário
35. Estado das membranas	(1) Íntegra (2) Rota (88) S/ registro	Prontuário
36. Características do líquido amniótico	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (88) S/ registro	Prontuário
37. Banho de relaxamento	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
38. Uso de bola ou assento ativo	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
39. Uso de musicoterapia	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
40. Uso massagem para alívio da dor	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
41. Algum método farmacológico para alívio da dor	(1) Sim Qual: _____ (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
42. Outros métodos não farmacológicos alívio da dor? (repouso, escalda pés, banheira)	(1) Sim Qual: _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
43. Condução no momento do parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
44. Indução no trabalho de parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
45. Uso de misoprostol	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
46. Ausculta de (BCF) no parto	(1) Sim N° vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/ registro	Entrevista () Prontuário ()
47. Fisiometria	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
48. Acesso venoso	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
49. Infusão de antibioticoterapia	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
50. Teve acompanhante no pré-parto	(1) Sim (2) Não. Por que? _____ _____	Entrevista
51. Recebeu informações sobre o direito de ter um acompanhante	(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não	Entrevista
52. SE SIM, em que momento recebeu a informação	(1) Internação (2) Pré-parto (antes do parto) (3) Parto (4) Puerpério (5) outro.....	Entrevista
53. Recebeu orientações sobre TP e P antes do parto	(1) Sim responda questão de 143 a 145 (2) Não VÁ para questão 146	Entrevista
54. Se SIM quem orientou	(1) Enfermeiro (2) Auxiliar/técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro _____	Entrevista
55. Em que momento recebeu orientações sobre TP e P	(1) No Pré-Natal (2) Durante o TP (3) No Hospital (4) outro momento Qual? _____	Entrevista
56. Se orientações antes do parto recebeu todas as informações que desejava	(1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada	Entrevista
57. Você ficou com alguma dúvida sobre a internação, trabalho de parto e parto	(1) Sim Qual(is)?.....	Entrevista

	(2) Não	
58. Doenças desenvolvidas no PRÉ-PARTO (Determinantes Primários de <i>Near Miss</i>)	(1) Hemorrágicos (2) infecciosos (3) hipertensivas (4) aborto (5) agravo clínico (6) neurológico (7) cardiovascular (8) respiratório (9) metabólico (10) renal (11) hepático (12) hematológico (13) outros _____ (14) Não desenvolveu	Prontuário
59. Durante o trabalho de parto você foi proibida de ingerir líquidos	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
60. Como você considera o atendimento no PRÉ-PARTO	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique o por quê _____	Entrevista ()
IV Condições Maternas e do Recém-Nascido no PARTO		
61. Tipo de rotura de membrana:	(1) Espontânea (2) Artificial (3) Bolsa rota na intersetão (88) S/ registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
62. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal Por quê?..... (2) Cesárea Por quê?.....	Entrevista () Prontuário ()
63. Tipo de parto realizado	(1) Parto normal espontâneo (2) Cesárea (3) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)	Entrevista () Prontuário ()
64. Se opção do parto da gestante diferente do parto realizado descreva o motivo	..... ..... ..... ..... (88) s/registo (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
65. Local do parto	(1) ambulância (2) carro (3) cama hospitalar (4) maca do hospital (5) sala de parto da maternidade (6) sala de parto do CC (7) outro.....	Entrevista () Prontuário ()
66. Posição de parto	(1) Litotômica (2) Vertical (3) Lateral (4) Cócoras (5) Dorsal não litotômica (6) 4 apoios (7) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()
67. Quem realizou o parto	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf ^a (4) Enfermeiro ou R. enf ^o (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()
68. Se cesária qual indicação registrada pelo obstetra	(1) Eletiva (2) iterativa (3) urgência (4) emergência (88) S/registo Se resposta 1 a 4 descreva a justificativa médica a seguir	Entrevista () Prontuário ()
69. Justificativa da indicação para cesária do obstetra	..... ..... (88) s/registo (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
70. Se parto normal instrumental registro do obstetra	(1) urgência (2) emergência (88) S/registo Por quê? _____	Entrevista () Prontuário ()
71. Foi realizado partograma	(1) Sim (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
72. Duração do TP no partograma	Início: _____ Término: _____ (88) S/registo (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
73. Se episiotomia o profissional comunicou o motivo do procedimento?	(1) Sim Qual motivo..... (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
74. Se episiotomia o profissional concedeu o direito de recusar?	(1) Sim (2) Não Por quê.....	Entrevista () Prontuário ()
75. Se realizou parto normal. Quais são as condições do períneo	(1) Períneo íntegro (88) S/registo (99) Não se aplica (2) Laceração de 1º grau sem sutura (3) Laceração de 1º grau com sutura (4) Laceração de 2º grau sem sutura (5) Laceração de 2º grau com sutura (6) Laceração de 3º grau sem sutura (7) Laceração de 3º grau com sutura (8) Laceração de 4º grau sem sutura (9) Laceração de 4º grau com sutura (10) Episiotomia	Entrevista () Prontuário ()

76. Intercorrências intra-parto	(1) Sim responda a questão a seguir (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
77. Tipo de Intercorrências intra-parto	(1) Distocia (2) Apresentação cômica (3) Prolapso de cordão (4) Eclâmpsia (5) Uso de sulf. Mg (6) DPP (7) Uso de outros anticonvulsivantes (8) outra.....	Entrevista () Prontuário ()
78. Intercorrências no quarto período (Greenberg - até 1ª hora pós - parto)	(1) Sim responda a questão a seguir (2) Não VÁ para questão 176	Entrevista () Prontuário ()
79. Tipo de intercorrências no quarto período (Greenberg)	(1) Eclampsia (2) Hemorragia pós-parto (3) Inversão uterina (4) Massagem uterina (5) Histerectomia (6) Choque (7) Retorno ao CC (8) Remoção de produtos retidos (9) outra.....	Entrevista () Prontuário ()
80. Durante o trabalho de parto foi oferecido à você algum tipo de alimentação	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
81. Como você considera o atendimento no PARTO	1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique o por quê _____ _____	Entrevista ()
82. Quanto tempo após o parto teve o primeiro contato com seu filho no AC?	Tempo: _____(minutos ou horas)	Entrevista () Prontuário ()

VII ESTRUTURA (RDC N° 36, DE 03 DE JUNHO DE 2008)

Características estruturais e de ambiência

102. A unidade tem placa de identificação?	(1) Sim (2) Não	Observação
103. Este em ponto estratégico e com boa visibilidade?	(1) Sim (2) Não	Observação
104. As estratégias para que o paciente ou visitante encontrem a unidade são de boa qualidade? (o paciente ou a visita não se perde para chegar à unidade)	(1) Sim (2) Não	Observação
105. Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta? (exaustores, ar condicionado)	(1) Sim (2) Não	Observação
106. Os ambientes são claros, aproveitam a maior luminosidade natural possível?	(1) Sim (2) Não	Observação
107. Os pisos, parede e tetos da unidade são de superfície lisa e lavável?	(1) Sim (2) Não	Observação
108. A acústica da unidade evita ruídos do ambiente externo?	(1) Sim (2) Não	Observação
109. Apresenta mofo perto das pias e torneiras, teto etc?	(1) Sim (2) Não	Observação
110. Existem torneiras sem sair água ou pingando?	(1) Sim (2) Não	Observação
111. Vasos sanitários com vazamento, entupidos?	(1) Sim (2) Não	Observação
112. Fios expostos, soltos ou desencapados?	(1) Sim (2) Não	Observação
113. Tubulação de plástico por fora da parede com fio?	(1) Sim (2) Não	Observação
114. Cheiro de esgoto, ou cheiros ruins?	(1) Sim (2) Não	Observação
115. Existem banheiros exclusivos dentro da unidade para funcionários?	(1) Sim (2) Não	Observação

116. Quantos banheiros existem para paciente, são adaptados para o que são propostos? (trabalho de parto)	(1) Sim	(2) Não	Observação
117. Quantos pacientes cada banheiro atende em media? (dividir a quantidade de banheiro, para quantidade de leitos)	_____		Observação
118. A sala de trabalho de parto oferece privacidade para parturiente e seu acompanhante?	(1) Sim	(2) Não	Observação
119. Sala individualizada para atendimento e avaliação da paciente?	(1) Sim	(2) Não	Observação
120. Quarto PPP?	(1) Sim	(2) Não	Observação
	Quantos? _____		
121. Existe expurgo?	(1) Sim	(2) Não	Observação
122. Sala para cuidados exclusivos do recém-nascido?	(1) Sim	(2) Não	Observação
123. Posto de enfermagem, exclusivo para atividades de enfermagem?	(1) Sim	(2) Não	Observação
124. Existe cozinha para os funcionários?	(1) Sim	(2) Não	Observação
125. A unidade esta em processo de reforma?	(1) Sim	(2) Não	Observação
126. Banheiro para parturiente	(1) Sim	(2) Não	Observação
127. Área para deambulação (interna ou externa)	(1) Sim	(2) Não	Observação
128. Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares	(1) Sim	(2) Não	Observação
129. Depósito de material de limpeza	(1) Sim	(2) Não	Observação
130. Depósito de equipamentos e materiais	(1) Sim	(2) Não	Observação
131. Sala administrativa	(1) Sim	(2) Não	Observação
132. Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino)	(1) Sim	(2) Não	Observação
133. Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	(1) Sim	(2) Não	Observação
134. Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling	(1) Sim	(2) Não	Observação
135. Rouparia	(1) Sim	(2) Não	Observação
136. Sala de exame e admissão de parturientes	(1) Sim	(2) Não	Observação
137. Instalação opcional de banheira	(1) Sim	(2) Não	Observação
Equipamentos, materiais e insumos.			
138. A instituição tem acesso a ultrassonografia?	(1) Sim	(2) Não	Observação
139. A instituição tem acesso a ultrassonografia com Doppler quando necessário	(1) Sim	(2) Não	Observação/ entrevista
140. Eletrocardiografia?	(1) Sim	(2) Não	Observação/ entrevista
141. Radiologia?	(1) Sim	(2) Não	Observação/ entrevista

142. Laboratório Clínico?	(1) Sim (2) Não	Observação/ entrevista
143. Posto de coleta de leite Humano?	(1) Sim (2) Não	Observação/ entrevista
144. Cama PPP?	(1) Sim Quantos? _____ (2) Não	Observação
145. Berço para cada leito?	(1) Sim (2) Não	Observação/ entrevista
146. Antropometria quantos?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
147. Aparelho de pressão adulto completo e em condições de uso, quantos?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
148. Aparelho de pressão neonatal completo e em boas condições de uso, quantos?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
149. Kits de nebulização, quantos?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
150. Balança antropométrica de 150kg?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
151. Balança antropométrica de 200kg	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
152. Balança infantil, quantas?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
153. Régua antropométrica?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
154. Foco de luz para exame ginecológico?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
155. Geladeira exclusiva para vacina?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
156. Geladeira exclusiva para medicamento?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
157. Glicosímetro?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
158. Sonar ?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
159. Cardiografia?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
160. Lanterna clínica?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
161. Bola?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
162. Banco para parto?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
163. Cavalinho?	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
164. Amnioscópio	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
165. Espéculo vaginal	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
166. Pinça de Cheron	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista

167. Poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito.	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
168. Escada com dois lances	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
169. Bomba de infusão	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
170. Monitor cardíaco	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
Materiais tecnológicos		
171. Computadores?	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
172. Impressora?	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
173. Telefone?	(1) Sim _____ (2) Não _____ Número _____	Observação/ entrevista
Recursos humanos		
174. Quantos enfermeiros no total?	Obstetra _____ Neonatalogista _____ Geral _____	Entrevista
175. Quantos enfermeiros residentes?	Número _____	Entrevista
176. Quantos técnicos de enfermagem?	Número _____	Entrevista
177. Quantos auxiliares de enfermagem?	Número _____	Entrevista
178. Quantos médicos?	Obstetra _____ Neonatalogista _____ Pediatra _____ Intensivista Pediatrico _____ Anestesista _____	Entrevista
179. Quantos residentes médicos?	Número _____	Entrevista
180. Quantos psicólogos?	Número _____	Entrevista
181. Quantos residentes em psicologia?	Número _____	Entrevista
182. Quantos nutricionistas?	Número _____	Entrevista
183. Quantos residentes em nutrição?	Número _____	Entrevista
184. Quantos fisioterapeutas?	Número _____	Entrevista
185. Quantos residentes em fisioterapia?	Número _____	Entrevista
186. Quantos assistentes sociais?	Número _____	Entrevista
187. Quantos Farmacêuticos?	Número _____	Entrevista
188. Quantos Fonoaudiólogos?	Número _____	
189. Quantos outros profissionais trabalham nesta unidade e quais é sua especialidade?	Número _____ Quais _____	Entrevista

Materiais e insumos para Atendimento ao recém-nascido (PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014)		
190. Na instituição tem UCI/UTI neonatal?	(1) Sim (2) Não	Observação/ entrevista
191. Berço aquecido por sistema de calor irradiante, com acesso por 3 lados, tendo como opção de leito mesa e não cesto/cuba de acrílico;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
192. Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros.	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
193. Blender para mistura oxigênio/ar;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
194. Aspirador a vácuo com manômetro	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
195. Oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
196. Relógio de parede com ponteiro de segundos;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
197. Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
198. Sondas: traqueais nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas nº 6 e 8;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
200. Dispositivo para aspiração de mecônio;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
201. Reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cm H2O e/ou manômetro)	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
202. Máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e para termo tamanho 1;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
203. Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista
204. Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm;	(1) Sim Número _____ (2) Não	Observação/ entrevista

ANEXOS

ANEXO A

Autorização dos serviços obstétricos

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA			PARANÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA SUPERINTENDENTE PARECER Nº245 PROCESSO 1595.2017.98				
À Pesquisadora Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari				
<p>Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: "REDE MÃE PARANAENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA", apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;</p>				
<p>Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.</p>				
<p>Informamos que o nosso parecer é favorável à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.</p>				
<p>Atendendo a Resolução 468/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.</p>				
<p>Conforme Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentada à Chefe e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.</p>				
<p>Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.</p>				
<p>Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.</p>				
Em 24/02/2017				
 Enfa. Dra. Elizabeth Silva Ursi Diretora Superintendente				
Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU/ Fone: 4633571-2301 e-mail: pesquisada@uel.br				
<small> Campus Foz de Iguaçu: Avenida Foz de Iguaçu, 334 - Foz de Iguaçu, PR - Brasil - Tel: 51-46444 - Caixa Postal 7490 - CEP: 74901-900 - www.uel.br Hospital Universitário Centro de Ciências da Saúde Av. Sete de Setembro, 33 - N.º 2000 - Fone: (41) 3333-2333 FAX: (41) 3333-1811 e 3333-9000-440 - www.hu.uel.br LONDRINA - PARANÁ - BRASIL </small>				
<small> Av. Londrina, 14017 - Fone: (41) 3333-2311 </small>				



Tel/Fax 43 3174.3100
Rua Suíssa, 220 . Centro
Cambé . Paraná . Cep 86181.270
adm@santacasadecambe.com.br


Cambé, 15 de Agosto de 2017.

A/C
Profª. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Prezada Senhora:

Conforme solicitado, vimos por meio deste, informar que está **autorizado** a realização da pesquisa em nossa Maternidade.

Atenciosamente,


Maria das Mercês de M.P. Da Silva
Interventora Judicial



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

C.D.06/2017
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“REDE MÃE PARANAENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA”, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari e outros colaboradoras, sendo que a pesquisa também será realizada pela Unioeste de Cascavel e Foz do Iguaçu. Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, nº 2.053.304, datado de 09/05/2017.

Solicitamos que ao término da pesquisa nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 08 de junho de 2017.

Eliane Sandra Vieira
Eliane Sandra Vieira

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E
QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES

Sueli Inocente
Sueli Inocente
Enfermeira

GPQS/DGTES/AMS/PML




Ibiporã, 22 de Junho de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Associação da Santa Casa de Ibiporã, situada na Av. Dos Estudantes 921, Centro Ibiporã – PR, inscrita no CNPJ de Nº. 780779060001-00, **autoriza** a Profª. Drª. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari a realizar o estudo intitulado “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança**”, abordando a mãe, para aplicar questionário sobre sua gestação, parto e pós-parto.

Para tal estudo se faz também necessário, acesso ao prontuário e ao Cartão da Gestante.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.


Luiz Carlos Zani Lopes
Gerente Administrativo

LUIZ CARLOS ZANI LOPES
GER. ADMINISTRATIVO
HOSPITAL CRISTO REI



Rolândia, 13 de junho de 2017

Ofício 066/2017

Prezada Professora,

Recebemos a solicitação para inclusão do Hospital São Rafael no projeto de pesquisa com as nossas parturientes. É de interesse desta Instituição a mais abrangente colaboração com V.Sas.. Colocamos-nos à disposição para a execução da referida pesquisa, aguardando orientações da sua equipe.

Atenciosamente



Dr Nilson Giraldi
Diretor Administrativo

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
ropimentaferrari@uel.br

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Ofício nº 62/2017

Curitiba, 01 de março de 2017.

Prezada Senhora

Em resposta a Carta de Solicitação da Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, que propõem estudo multicêntrico instituído: **“Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto puerpério e da criança”**, tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina.

Aprovo a realização do referido projeto, bem com informo do interesse desta Superintendência em ter conhecimento dos resultados do estudo, tão logo os mesmos estejam concluídos.

Atenciosamente



Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Atenção à Saúde – SAS

Ilma. Senhora

Profª. Drª. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SAS

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4418 Fax 3330-4514
www.saude.pr.gov.br

ANEXO B
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



Comitê de Ética em
Pesquisa (Cep) da
Universidade Estadual
de Londrina

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Estudos em
Pesquisa em Saúde
Sociais e Humanas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em vista o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o Item V da Resolução n. 468, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cqp268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br