



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA CANARIO

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICA E NEONATIAS  
EM MATERNIDADES PÚBLICAS:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

---

Londrina  
2021

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA CANARIO

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICA E NEONATIAS  
EM MATERNIDADES PÚBLICAS:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Exame de Defesa de Tese apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), comorequisito à obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Londrina  
2021

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA CANARIO

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICA E NEONATAIS**  
**EM MATERNIDADES PÚBLICAS:**  
**ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Exame de Defesa de Tese apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), comorequisito à obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Rosângela Ap<sup>a</sup> Pimenta  
Ferrari  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Alexandrina Ap. Maciel Cardelli  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Adriana Valongo Zani  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Maria Aparecida Baggio  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -  
UNIOESTE

---

Prof. Dr. Sebastião Caldeira  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -  
UNIOESTE

Londrina, 05 de março de 2021.

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

CANARIO, MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA.  
BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICA E NEONATIAS EM MATERNIDADES PÚBLICAS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO / MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA CANARIO. - Londrina, 2021.  
131 f.

Orientador: ROSANGELA APARECIDA PIMENTA FERRARI.  
Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem Obstétrica - Tese. 2. Enfermagem Neonatal - Tese. 3. Parturiente - Tese. 4. Assistência Materno-Infantil - Tese. I. FERRARI, ROSANGELA APARECIDA PIMENTA . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

Ao meu filho Davi por sua existência que  
traz paz, fé e esperança.

## AGRADECIMENTOS

Á **Deus** por sua presença em minha vida, por tudo o que proporcionou na caminhada do doutorado.

Ao meu esposo **Wesley Canario**, por caminhar ao lado, incentivar, apoiar e por todas lagrimas acolhidas.

Aos meus pais **Antônio Dias da Silva** (*in memoriam*) e **Maria Ap. dos Santos Silva**, por serem meus exemplos de vida, por todo o incentivo crescente aos estudos, por acreditarem em mim, a minha gratidão e saudade.

Á minha **mãe Maria Ap. S. Silva** e a minha sogra **Maria Ap. Canario** por seu tempo e dedicação em cuidar do Davi, por estarem presentes em momentos impossíveis e complicados, obrigada por toda intercessão e oração, a minha eterna gratidão as mulheres que inspiram minha vida.

À minha Orientadora, **Profa. Dra. Rosangela Ap. Pimenta Ferrari**, por seus ensinamentos e conhecimentos que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal, obrigada pela oportunidade imensurável e por sua companhia muito agradável nesse período.

Aos membros da banca **Profa. Dra. Alexandrina Ap. Maciel Cardelli, Profa. Dra. Adriana Valongo Zani, Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio e Prof. Dr. Sebastião Caldeira**, pelo aceite e pronta disposição em participar da banca examinadora e por suas contribuições valorosas ao estudo.

Aos colegas do **GEPATIS (Grupo de Estudo e Pesquisa em Avaliação Tecnologia e Inovação em Saúde)**, pelo acolhimento, compartilhamento de experiência e conhecimento e boas risadas em nossos encontros.

As colegas de turma **Elizangela Zampar e Talita Costa**, por tornarem essa jornada alegre e reflexiva, agradeço por todas as conversas e amparo.

A Seção de Pós-Graduação na pessoa da **Sandra Lage**, por sua paciência, disponibilidade e prontidão em ajudar.

Ao **Departamento de Enfermagem e Programa de pós-graduação em enfermagem (PPGENF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL)**, por subsidiar toda minha trajetória acadêmica graduação, residência, mestrado e nesse

momento o doutorado, a profunda gratidão por ter a oportunidade em ser bolsista em todos em esses níveis, e o privilégio em ter acesso ao conhecimento público, gratuito e com qualidade.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa que oportunizou toda a construção e condução da pesquisa.

A todas as **mulheres** que participaram da pesquisa e tornam o estudo possível, muito obrigada por compartilharem suas histórias em um momento único e singular.

***“A gente só encanta quando se encanta.  
Se eunão estiver encantado com o meu  
objeto de conhecimento eu não posso  
encantar o outro.”***  
Mario Sergio Cortella

CANARIO, Márcia, Aparecida dos Santos Silva. **Boas práticas obstétricas e neonatais em maternidades públicas**: estudo de método misto. 2021. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## RESUMO

**Introdução:** O modelo hegemônico e tecnocrático ainda presente na atenção ao parto e nascimento no Brasil reflete a resistência do emprego as práticas humanizadas e melhora da qualidade no atendimento. As estratégias políticas e programas como Rede Mãe Paranaense (RMP) inspirado na Rede Cegonha são medidas que auxiliam na promoção do parto e nascimento saudável, com garantia da autonomia e protagonismo da mulher, reforçando o emprego da prática baseada em evidência.

**Objetivo:** Avaliar as práticas obstétricas e neonatais em maternidades públicas credenciadas a RMP. **Método:** estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, delineada pelo método misto explanatório sequencial realizado em duas etapas: quantitativa, em 2017, com 299 puérperas e qualitativa, em 2018, com 32, foi desenvolvido em duas maternidades do município de Londrina, Paraná. Uma referência para gestação de alto risco e outra para risco habitual e intermediário, para o município e outras regiões do estado. Utilizou-se teste Qui-quadrado de Pearson  $p$ -valor  $<0,005$  e a Teoria Fundamentada nos Dados mediante entrevistas intensivas e codificadas no NVIVO®.

**Resultados:** entre mulheres de risco habitual/intermediário foi mais frequente: métodos não farmacológicos para alívio da dor, acompanhante, orientações e indução de trabalho de parto e parto e uso de misoprostol. Aquelas de alto risco a menor constância a ausculta dos batimentos cardíacos e informação sobre o toque vaginal, maior rotura de membranas artificialmente e restrição de ingestão hídrica e alimentos. A intercorrência intraparto foi associada as primíparas nas duas maternidades, bem como local do parto no centro cirúrgico e a posição dorsal não litotômica. Houve predomínio do parto normal para contato pele a pele e sucção ao seio materno imediatamente após o parto, contato pele a pele na sala de parto inferior a 30 minutos as parturientes ficaram mais satisfeitas com o parto em ambas maternidades, mulheres de risco habitual/intermediário que tiveram sucção em sala de parto demonstraram maior satisfação com o parto, em ambas as maternidades a satisfação com o parto favoreceu o aleitamento materno em livre demanda, bem como o tempo de contato pele a pele  $<30$  minutos. Os motivos mencionados para insatisfação materna com o parto foram ofensa/desrespeito profissional e manobra de Kristeller. Na abordagem qualitativa do processo analítico, se obteve o fenômeno “Enaltecimento do parto no sistema público de saúde: a vivência da parturiente” e “O nascimento em maternidade pública sob o olhar da usuária as categorias informadas ilustram como ocorre a assistência ao parto e nascimento sob a perspectiva da mulher sua relação com o serviço de saúde, mediada pelos profissionais.

**Conclusão:** As boas práticas de atenção ao parto e nascimento ainda que sejam incentivadas e implementadas por políticas e programas de saúde como a Rede Mãe Paranaense, encontram resistência em sua aplicação intervenções desnecessárias permanecem sendo realizadas na assistência. A satisfação materna com o parto foi um fator positivo para o aleitamento materno em livre demanda, medidas humanizadas de cuidados como contato pele a pele e sucção em sala de parto foram ações essenciais para adesão ao aleitamento materno no alojamento conjunto.

**Palavras-chave:** enfermagem obstétrica; enfermagem neonatal; parturiente; assistência à saúde materno-infantil; avaliação de programas e projetos de saúde.

CANARIO, Márcia, Aparecida dos Santos Silva. **Boas práticas obstétricas e neonatais em maternidades públicas**: estudo de método misto. 2021. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** The hegemonic and technocratic model still present in childbirth and birth care in Brazil reflects the resistance of employment to humanized practices and improved quality of care. The political strategies and programs like Rede Mãe Paranaense (RMP) inspired by Rede Cegonha are measures that help in the promotion of healthy birth and birth, with guarantee of the autonomy and protagonism of women, reinforcing the use of evidence-based practice. **Objective:** To evaluate obstetric and neonatal practices in public maternity hospitals accredited to RMP. **Method:** cross-sectional study nested in a prospective cohort, outlined by the mixed sequential explanatory method carried out in two stages: quantitative, in 2017, with 299 puerperal women and qualitative, in 2018, with 32, it was developed in two maternity hospitals in the city of Londrina, Paraná. One reference for high-risk pregnancy and another for habitual and intermediate risk, for the municipality and other regions of the state. Pearson's chi-square test p-value <0.005 and the Grounded Theory were used through intensive interviews and coded in NVIVO®. **Results:** among women of habitual / intermediate risk it was more frequent: non-pharmacological methods for pain relief, companion, guidance and induction of labor and delivery and use of misoprostol. Those with high risk, less constancy, auscultation of cardiofetal beats and information about vaginal touch, greater rupture of artificial membranes and restriction of water and food intake. Intrapartum complications were associated with primiparous women in both maternities, as well as the place of delivery in the operating room and the non-lithotomic dorsal position. There was a predominance of normal delivery for skin-to-skin contact and suction to the mother's breast immediately after delivery, skin-to-skin contact in the delivery room less than 30 minutes. The parturients were more satisfied with the delivery in both maternities, women of habitual / intermediate risk. who had suction in the delivery room showed greater satisfaction with the delivery, in both maternities the satisfaction with delivery favored breastfeeding on demand, as well as skin-to-skin contact time <30 minutes. The reasons mentioned for maternal dissatisfaction with childbirth were professional offense / disrespect and Kristeller's maneuver. In the qualitative approach of the analytical process, the phenomenon "Enhancing childbirth in the public health system: the experience of the parturient" and "Birth in a public maternity under the eyes of the user, the informed categories illustrate how assistance to childbirth and birth under the perspective of women and their relationship with the health service, mediated by professionals. **Conclusion:** Good practices in childbirth and birth care, even though they are encouraged and implemented by health policies and programs such as Rede Mãe Paranaense, encounter resistance in their application, unnecessary interventions are still being carried out in care. Maternal satisfaction with childbirth was a positive factor for breastfeeding on demand, humanized care measures such as skin-to-skin contact and suction in the delivery room were essential actions for adhering to breastfeeding in rooming-in.

**Key words:** pregnant women; hospitals, maternity; delivery rooms; women's health;

grounded theory; program evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Mapa Estratégico Rede Mãe Paranaense.....	19
<b>Figura 2 -</b>	Modelo Ilustrativo do Desenho Explanatório Sequencial Proposto Por Creswell (2013) .....	25
<b>Figura 3 -</b>	Cálculo Amostral Londrina - Estratificação – Nascidos Vivos (NV) por Município .....	27
<b>Figura 4 -</b>	Modelo Ilustrativo da Pesquisa Embasado no Desenho Explanatório Sequencial Proposto por Creswell (2013).....	32
<b>Figura 5 -</b>	Processo de Codificação e Análise dos Dados, Manuscrito I. ....	38
<b>Figura 6 -</b>	Processo de Codificação e Análise dos Dados, Manuscrito II. ....	38

### **MANUSCRITO 3 – SATISFAÇÃO MATERNA COM O PARTO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO**

<b>Figura 1 -</b>	Motivo para insatisfação com o parto .....	86
-------------------	--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Características Centrais da TFD, Segundo a Vertente Metodológica Construtivista .....	35
---	----

### **MANUSCRITO 1 – BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS: UM ESTUDO DE MÉTODO.**

<b>Quadro 1</b> – Citações das usuárias relacionadas ao sistema de saúde e atenção ao parto de acordo análise estatística significativa .....	49
---	----

<b>Quadro 2</b> – Citações das usuárias relacionadas a vivência do parto de acordo análise estatística significativa. ....	50
--	----

### **MANUSCRITO 2 – DESFECHO DO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES CREDENCIADAS A REDE MÃE PARANAENSE**

<b>Quadro 1</b> - Citações das usuárias relacionadas a atenção ao parto e nascimento de acordo análise estatística significativa .....	72
--	----

<b>Quadro 2</b> - Citações das usuárias relacionadas as condições do parto e a prática do aleitamento materno na sala de parto de acordo análise estatística significativa. ....	73
--	----

## LISTA DE TABELAS

### **MANUSCRITO 1 – BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO.**

<b>Tabela 1</b> - Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas. PR, Brasil, 2021.....	45
<b>Tabela 2</b> - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado em maternidades públicas. PR, Brasil, 2021 .....	47
<b>Tabela 3</b> - Condições do parto em maternidades públicas. PR, Brasil, 2021 .....	48

### **MANUSCRITO 2 – DESFECHO DO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES CREDENCIADAS A REDE MÃE PARANAENSE**

<b>Tabela 1</b> - Perfil Sociodemográfico de Maternidades Públicas após da Implantação da RMP, 2021 .....	66
<b>Tabela 2</b> - Condições de Internação para o Parto em Maternidades Públicas Após da Implantação da RMP, 2021.....	67
<b>Tabela 3</b> - Condições do Parto Segundo Intercorrências Obstétricas, 2021 .....	68
<b>Tabela 4</b> - Condições do Parto Segundo a Prática do Aleitamento na Sala de Parto. 2021 .....	69

### **MANUSCRITO 3 – SATISFAÇÃO MATERNA COM O PARTO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO**

<b>Tabela 1</b> - Satisfação Materna com o Parto Segundo o Perfil Sociodemográfico, 2021 .....	83
<b>Tabela 2</b> - Satisfação Materna Segundo as Características de Sala de Parto, 2021.....	84
<b>Tabela 3</b> - Aleitamento Materno em Livre Demanda Segundo as Características da Sala de Parto, 2021.....	85
<b>Tabela 4</b> - Aleitamento Materno em Livre Demanda Segundo as Características do Alojamento Conjunto, 2021.....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
BCF	Batimento Cardíacos Fetais
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMSUS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HOSPUS Filantrópicos	Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Regional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences®
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USG	Ultrassonografia
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	13
1.1	ATENÇÃO OBSTETRICA E NEONATAL DA TEORIA A PRÁTICA.....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	24
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUANTITATIVOS .....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUALITATIVOS.....	24
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	25
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	25
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.3	SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	27
3.3.1	Seleção da População de Estudo – Etapa Quantitativa (QUAN).....	27
3.3.2	Seleção da População de Estudo – Etapa Qualitativa (QUAL) .....	29
3.4	FONTE DE DADOS .....	29
3.5	COLETA DE DADOS .....	30
3.5.1	Coleta de Dados – Etapa Quantitativa (QUAN) .....	30
3.5.2	Coleta de Dados – Etapa Qualitativa (QUAL) .....	30
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.6.1	Análise de Dados – Etapa Quantitativa (QUAN) .....	31
3.6.2	Análise de Dados – Etapa Qualitativa (QUAL) .....	32
3.6.3	ANÁLISE FINAL .....	32
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL METODOLOGICO</b> .....	34
4.1	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS .....	34
4.1.1	Introdução .....	34
4.1.2	Coleta de Dados.....	37
4.1.3	Processo de codificação e análise dos dados. ....	37
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	40
5.1	ESTUDO I.....	41

5.2	ESTUDO II .....	63
5.3	ESTUDO III .....	80
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>95</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>99</b>
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos .....	100
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Maternidade .....	120
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Domicílio .....	122
	APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados Qualitativo .....	124
	<b>ANEXO</b> .....	<b>125</b>
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	126

# 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

## 1.1 ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL: DA TEORIA A PRÁTICA

A saúde das mulheres no Brasil tem ocupado um espaço relevante nas políticas, programas e estratégias de saúde, com prioridades para a atenção ao parto e nascimento, enfoque na superação do modelo biomédico ainda vigente e melhora da qualidade da atenção obstétrica, almejando um sistema integrado, regionalizado e com acesso oportuno a mulher (CARVALHO *et al.*, 2019).

Porém no início as ações de assistência à saúde da mulher da criança eram restritas a redução da mortalidade infantil, estratégia para aumento da população abstendo-se da assistência à saúde materna e direitos sexuais e reprodutivos (CASSIANO; CARLUCCI; GOMES; BENNEMANN, 2014).

Em 1975, durante o período militar foi criado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), com o propósito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, no entanto o foco de atuação pautava-se na cesariana eletiva e esterilização como método contraceptivo prioritário (BRASIL, 1976).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011).

Em 1983, o Ministério da Saúde (MS), desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com objetivo de melhorar as condições da saúde materna-infantil com o apoio e assistência da rede pública de saúde. Em 1984, o PAISMC foi direcionado em dois programas distintos para saúde da mulher e da criança que atuavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi um marco na ampliação do cuidado da mulher para além do período gravídico, e tinha por objetivo ações de assistência ao pré-natal, prevenção da mortalidade materna, infecções sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle do câncer ginecológico e mamário, promoção ao parto normal (BRASIL, 2011).

O PAISC concentrava ações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA), prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações e assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2011). E, em conjunto o PAISM e PAISC, foram decisivos para que, em 1990, a Saúde da Mulher se constituísse em uma coordenação separada (LEAL *et al.*, 2018).

Em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde lançou em 1985, o documento “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento”, buscando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com vista à redução da mortalidade materno infantil. Nesse momento teve início a reformulação das práticas obstétricas com novos referenciais teóricos e práticos, refletindo modelo hegemônico e fragmentado vigente (WHO, 1985).

As práticas de atenção ao parto normal então estabelecidas foram classificadas em categorias relacionadas à utilidade, à eficácia e ao risco: ao estimular a utilização das comprovadamente úteis em favor das prejudiciais e/ou ineficazes, que devem ser evitadas; ao recomendar cautela em relação às baseadas em poucas evidências; e ao desencorajar as inapropriadamente utilizadas.

Ainda na década de 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), teve por objetivo incentivar a prática do aleitamento materno (AM) e prevenir o desmame precoce hospitalar (LEAL *et al.*, 2018; LAMOUNIER, *et al.*, 2019).

A “Declaração de Innocenti” (1990), reconheceu o Aleitamento Materno (AM), ainda que realizado de forma isolada, capaz de reduzir a morbimortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas; nutrição de alta

qualidade para crescimento e desenvolvimento da criança, contribui para a saúde da mulher e promove intervalo interpartal adequado. A operacionalização dessa política foi fundamentada nos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, esse documento estabelece a diretriz básica para uma política hospitalar que garante a prática do aleitamento materno (LEAL *et al.*, 2018, LAMOUNIER *et al.*, 2019).

Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, da OMS/ UNICEF consistem em:

- ✓ Passo 1: ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados da saúde.
- ✓ Passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
- ✓ Passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
- ✓ Passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- ✓ Passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.
- ✓ Passo 6: não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- ✓ Passo 7: praticar o alojamento conjunto — permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

Em 2017 a OMS e o Unicef, atualizaram os “10 passos para o sucesso do aleitamento materno” (WHO; UNICEF, 2017). O guia é dividido em duas partes:

**Procedimentos críticos de gestão:**

- ✓ Passo 1a. Cumprir totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde.
- ✓ Passo 1b. Ter uma política de alimentação infantil escrita que seja rotineiramente comunicada aos funcionários e aos pais.
- ✓ Passo 1c. Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados.
- ✓ Passo 2. Certifique-se de que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação.

**Principais práticas clínicas:**

- ✓ Passo 3. Discutir a importância e o manejo da amamentação com as mulheres grávidas e suas famílias.
- ✓ Passo 4. Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais rápido possível após o nascimento.
- ✓ Passo 5. Apoie as mães para iniciar e manter a amamentação e lidar com as dificuldades comuns.
- ✓ Passo 6. Não forneça a recém-nascidos amamentados quaisquer alimentos ou líquidos além do leite materno, a menos que haja indicação médica.
- ✓ Passo 7. Capacitar mães e bebês a permanecerem juntos e a praticar o alojamento conjunto 24 horas por dia.
- ✓ Passo 8. Apoie as mães a reconhecer e responder às dicas de seus bebês para a alimentação.
- ✓ Passo 9. Orientar as mães sobre o uso e riscos de mamadeiras, bicos e chupetas.
- ✓ Passo 10. Coordene a alta para que os pais e seus bebês tenham acesso oportuno a suporte e cuidados contínuos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, em 1996, um guia prático de cuidados ao parto normal, visando sistematizar as práticas obstétricas e realizar recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis (OMS,1996).

As categorias propostas pela OMS são: Categoria A - Práticas comprovadamente úteis que devem ser estimuladas – também chamadas de boas práticas; Categoria B - Práticas claramente prejudiciais que deveriam ser eliminadas; Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação precisa e que devem ser utilizadas com cautela até que outras pesquisas esclareçam a questão; e Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS,1996).

Em 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento PNHPN teve como objetivo central instituir procedimentos

adequados para a atenção ao parto e nascimento e, nesse momento, os óbitos infantis já se concentravam no período perinatal (LEAL *et al.*, 2018).

Assim, para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal, violência obstétrica e baixa qualidade da atenção ao parto na rede pública de saúde, o modelo de organização da atenção ao parto e nascimento, passou a ser implementado em Redes de Atenção à Saúde (LEAL *et al.*, 2019).

Dentre essas iniciativas incluem-se a Rede Cegonha, em 2011 que ampliou ações para a atenção humanizada durante a gravidez, parto/nascimento e puerpério, proporcionando às mulheres e recém-nascidos acesso as práticas baseadas em evidências científicas e o protagonismo da mulher no ciclo gravídico puerperal, ainda reforçam o acompanhamento da criança nos primeiros 24 meses de vida (CARVALHO *et al.*, 2019; LEAL *et al.*, 2019).

Outros projetos como Parto Adequado (2015) no setor privado e Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn) em 2017 no sistema público de saúde foram ações complementares que emergiram nesse contexto (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A partir das necessidades específicas regionais cada estado passou a implementar seu próprio programa, no Paraná, em 2012, a Rede Mãe Paranaense (RMP), tendo como: melhorar a qualidade da atenção ao parto nascimento; estratificação de risco gestacional; vínculo aos hospitais de referência para o parto; exames de apoio e diagnóstico pré-natal conforme a linha guia (SANTOS *et al.*, 2020).

A Rede Mãe Paranaense (RMP), emergiu baseada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) adotadas no Paraná como modelo de atenção para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população (FRANK, 2016).

Anterior a implantação do programa RMP o Paraná já vivenciava uma experiência pioneira na atenção materno infantil o Programa Mãe Curitibana (1999), as ações desse programa elevaram a qualidade de assistência ao pré-natal, vínculo a gestante a maternidade referência ao risco gestacional, consulta puerperal precoce e estímulo ao AM (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Em paralelo à implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS proposta pelo MS, sob uma nova lógica para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS) para estreitar as relações entre o estado e os municípios, o

Estado do Paraná iniciou, em 2011, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) (PARANÁ, 2018).

O APSUS tinha por missão garantir a Atenção Primária à Saúde de qualidade e resolutiva, proporcionando um serviço de excelência, melhorando, dessa forma, os indicadores de saúde do estado e, conseqüentemente, do país. A proposta para essa qualificação veio por meio da Educação Permanente, de investimentos de infraestrutura, do custeio das equipes e da implantação das Redes de Atenção à Saúde: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa (PARANÁ, 2013; HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Além do APSUS, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA) também utilizou outras estratégias que vieram concomitantemente para estruturar todos os níveis de atenção da Rede, como o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS), além de parcerias com diversas universidades (PARANÁ, 2018).

A segunda oficina do APSUS foi sobre a RMP, a qual apresentou seus pressupostos, suas estratégias e sua missão, bem como os pontos de Atenção, a vinculação da gestante com o serviço hospitalar, os exames laboratoriais complementares necessários e a estratificação de risco de gestantes e crianças (PARANÁ, 2013; HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Portanto, a implantação da RMP visa reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil, com ações de qualificação da atenção ao pré-natal e à criança, e a vinculação da gestante ao hospital de referência, estratificação de risco gestacional e humanização do parto, conforme o seu protocolo ou linha-guia, em todos os níveis hierárquicos de atenção à saúde (BUGS *et al.*, 2016).

A RMP foi implantada a partir dos componentes básicos da Rede Cegonha, bem como proveniente da experiência da Mãe Curitibana, que culminou na redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e com a vinculação da gestante ao hospital de referência. O público-alvo são as mulheres em idade fértil e as crianças menores de dois anos, visando promover a qualidade de toda a família paranaense (PARANÁ, 2018). Tal Rede busca, por meio da captação precoce

da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, com o mínimo de sete consultas (sendo seis no pré-natal e uma no puerpério, o que a difere da Rede Cegonha, a qual estabelece sete consultas no pré-natal) e a realização de 17 exames, sendo os novos exames de pré-natal:

- ✓ Teste rápido de gravidez, sífilis e HIV (no primeiro trimestre), proteinúria (quando necessário);
- ✓ Acréscimo de mais um exame (no terceiro trimestre) de hematócrito e hemoglobina, dosagem de glicose e sorologia para HIV;
- ✓ Acréscimo de mais dois exames (no segundo e terceiro trimestre) de Urina 1, VDRL/sorologia para sífilis;
- ✓ Cultura de bactérias (Urocultura) a critério do médico;
- ✓ Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes, teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes de RH negativo;
- ✓ Exames específicos para gestantes de alto risco: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina de 24 horas), dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler e cardiocografia anteparto.

A Rede complementou a estratificação de risco de gestantes e de crianças criando o Risco Intermediário; pactuou a vinculação e a garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco e a garantia de vinculação hospitalar conforme a estratificação de risco gestacional, incentivo, apoio e orientação ao AME, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde (MS) (PARANÁ, 2018). Para tal, a RMP fundamenta suas ações no seu Mapa Estratégico (Figura 1).

<b>MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE</b>	
<b>MISSÃO</b>	Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
<b>VISÃO</b>	Ser, até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Maternoinfantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
<b>VALORES</b>	Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
<b>RESULTADOS PARA A SOCIEDADE</b>	- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
<b>PROCESSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a qualidade e a responsabilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério;</li> <li>- Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Maternoinfantil;</li> <li>- Implantar a Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança;</li> <li>- Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme Estratificação de Risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança;</li> <li>- Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano;</li> <li>- Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco;</li> <li>- Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.</li> </ul>
<b>GESTÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratualizar os hospitais para vinculação do parto;</li> <li>- Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil;</li> <li>- Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Maternoinfantil;</li> <li>- Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Maternoinfantil;</li> <li>- Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Maternoinfantil – Mãe Paranaense.</li> </ul>
<b>FINANCEIRA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos;</li> <li>- Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.</li> </ul>

Figura 1 – Mapa Estratégico Rede Mãe Paranaense  
 Fonte: Paraná (2018, pg.15).

A estratificação de risco é um elemento visto pela RMP como orientador para a organização da atenção nos diversos níveis (Primária, Secundária e Terciária). A RMP trouxe uma classificação nova, além das já padronizadas pelo Rede Cegonha, o Risco Habitual (RH) e Alto Risco (AR), o Risco Intermediário (RI) (PARANÁ, 2018).

Gestantes de RH são mulheres não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. O RI abrange características individuais da gestante raça, etnia e idade (Gestantes negras ou indígenas) sociodemográficas escolaridades (analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo) e de história reprodutiva anterior (histórico de óbito em gestação anterior aborto, natimorto ou óbito).

Já, o AR abrange gestantes que apresentam fatores de risco, como condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, pneumopatias em tratamento, nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento, diabetes, hipertireoidismo; má-formação útero/vaginal, epilepsia; hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, cirurgia útero/vaginal prévia, hipotireoidismo, neoplasias;

e intercorrências clínicas na gestação atual (doenças infectocontagiosas, síndrome hipertensiva, gestação gemelar, isoimunização Rh, diabetes mellitus gestacional, retardo do crescimento intraútero, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematuro <37 semanas, placenta prévia, Sangramento de origem uterina, má-formação fetal, mudança abrupta na curva de IMC (PARANÁ, 2018).

A estratificação para o RI deve ser registrada na carteira da gestante e ser vinculada aos centros de referências de atenção secundária e terciária, tanto para a assistência programada quanto para as intercorrências que possam vir à ocorrer durante a gestação até o momento do parto. Também com base no princípio da integralidade, gestantes e crianças estratificadas de RI e AR poderão ser encaminhadas para o Centro Mãe Paranaense, ponto de atenção secundária ambulatorial o qual possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos e orientações complementares às ações desenvolvidas pelas equipes da APS (PARANÁ, 2018).

A Linha Guia da RMP afirma que este serviço deve ser organizado nas 22 Regionais de Saúde, as quais devem prever e organizar, no mínimo, um serviço de atendimento à gestante de RI e AR, o qual pode estar localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à gestante e/ou em Consórcios Intermunicipais de Saúde. São previstas cinco consultas para a gestação de AR. Já, para a criança de AR, são previstos quatro atendimentos multiprofissionais até que a criança complete dois anos e um atendimento trimestral em grupo e por equipe multiprofissional. E para a criança de RI são previstas três consultas com a equipe multiprofissional (PARANÁ, 2018).

Todos os 399 municípios do estado aderiram à RMP, sendo possível, dessa forma, assegurar acesso, em tempo adequado, aos hospitais de referência, segundo a estratificação de risco gestacional por meio de um sistema de vinculação hospitalar (PARANÁ, 2014).

A criação de estratégias, programas e políticas de saúde são fundamentais para melhoria atenção materno-infantil, no entanto após a sua implantação é necessária acompanhar e avaliar sua implementação para verificar suas potencialidades e fragilidades (SANTOS *et al.*, 2020).

Considerando a recente implantação da RMP (2012), é necessária explorar os avanços e contribuições da rede para saúde materna e infantil no estado, nesse contexto os estudos recentes têm avaliados atenção ao pré-natal, gestão, seguimento da criança, risco e mortalidade infantil, eficácia do programa e percepções dos profissionais de saúde (BAGGIO *et al.*, 2016; NETTO *et al.*, 2017; DEMITI *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2018).

Portanto, analisar a assistência obstétrica e neonatal é importante para compreensão do alcance das metas estipulas pelo programa, bem como o presente estudo expressa a realidade de maternidades públicas referências para o parto na 17ª Regional de saúde.

Após todas as estratégias, programas e inciativas para melhoria da qualidade de atenção ao parto e nascimento, em 2017, foram elaboradas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, contempla 225 recomendações e está organizada em oito seções: local de assistência ao parto, cuidados gerais durante o trabalho de parto, alívio da dor no trabalho de parto, assistência no primeiro período do parto, assistência no segundo período do parto, assistência no terceiro período do parto, cuidados maternos imediatamente após o parto e assistência ao recém-nascido (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No cenário internacional o anseio para qualificação na atenção obstétrica instigou discussões sobre o uso adequado das tecnologias na assistência ao parto e nascimento, após duas décadas da publicação do guia prático de recomendações da OMS (1996), houve uma atualização das práticas para assistência parto e ao recém-nascido, publicadas em 2018 e, essas recomendações, fortalecem a prática baseadas em evidências científicas (OMS, 2018).

As atuais recomendações da OMS estabelecem um conjunto de práticas que elevam a qualidade da assistência, tornam o parto seguro e proporcionam uma experiência positiva para as mulheres com o parto. Portanto, ao promover um novo modelo de assistência ao parto de acordo com a realidade local, as

recomendações contribuem para redução de custos e intervenções desnecessárias ao parto e nascimento (RESENDE; LOPES; BONFIM, 2020).

Apesar de amplas estratégias e programas serem instituídos nos últimos anos, o Brasil permanece protagonizando um modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais, essas ações resultam em eventos maternos e perinatais desfavoráveis (LEAL *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2020).

Um estudo de base populacional nacional verificou que o principal motivo para a preferência pela cesariana no país ainda é o medo da dor no parto, assim como, 15% das mulheres não tiveram a presença do acompanhante no parto, predomínio da posição litotômica, 14% foram submetidas a episiotomia e em 1/6 realizaram-se a manobra de Kristeller durante o período expulsivo (LEAL *et al.*, 2019).

Portanto, acredita-se que as políticas públicas para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal não estejam sendo implementadas efetivamente conforme as recomendações da OMS, estimando que o processo de mudança da atenção ao parto e nascimento está em pleno desenvolvimento no Brasil.

De acordo com o exposto, questiona-se as práticas obstétricas e neonatais implementadas em maternidades públicas credenciadas a RMP estão em conformidade com as recomendações OMS? Como foram as experiências de assistência obstétrica e neonatal por mulheres que tiveram seus partos em maternidades públicas credenciadas a RMP?

## **2 Objetivo Geral**

Avaliar as práticas obstétricas e neonatais em maternidades públicas credenciadas a Rede Mãe Paranaense

### **2.1 Objetivos Específicos Quantitativos**

- ✓ Analisar a assistência a parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco;
- ✓ Verificar a influência das práticas obstétricas no parto e nascimento com o desfecho materno e neonatal;
- ✓ Identificar o contato pele a pele e sucção na primeira hora de vida e sua contribuição para satisfação com o parto.

### **2.1 Objetivos Específicos Qualitativos**

- ✓ Conhecer a percepção da mulher frente a atenção do parto;
- ✓ **Compreender a experiência da mulher no nascimento do seu filho.**

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Tipo de Estudo

Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação. A utilização de desenhos com métodos mistos é uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem e saúde. Esse crescimento deve-se ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos, frequentemente enfrentados pela disciplina de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2017).

A partir da vinculação entre pesquisa quantitativa e qualitativa, os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem. Para isso, no planejamento de uma pesquisa de métodos mistos deve-se considerar quatro aspectos principais: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização (OLIVEIRA; MAGALHAES; MISUEMATSUDA, 2018).

Na distribuição do tempo, deve-se avaliar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa ao menos seis tipos de projetos são possíveis de serem realizados como a abordagem de método misto (CRESWELL; CLARK, 2013).

**Projeto paralelo convergente:** ocorre quando o pesquisador usa de forma simultânea elementos quantitativos e qualitativos durante a mesma fase, com a mesma atribuição de peso, mantendo a análise de forma independente com posterior associação durante a interpretação geral dos resultados.

**Projeto sequencial exploratório:** acontece em duas fases distintas e sequenciais, com início da coleta de dados qualitativos com prioridade na coleta e análise dos dados, a partir dos achados qualitativos o pesquisador conduz a segunda fase da pesquisa para testar ou generalizar os resultados encontrados.

**Projeto incorporado:** é realizado quando o pesquisador coleta e analisa tanto dados qualitativos quanto quantitativos, dentro de um projeto tradicional e acrescenta um elemento qualitativo ou quantitativo para aprimorar o projeto inicial.

**Projeto transformativo:** estrutura de coleta e análise simultânea ou sequencial de conjuntos de dados quantitativos e qualitativos dentro de uma estrutura **teórica** que guia as decisões dos métodos.

**Projeto multifásico:** combina os elementos sequenciais e simultâneos de um conjunto de dados qualitativos e quantitativos sobre múltiplas fases de um programa de estudo. Utilizados em desenvolvimento e avaliações de programas.

Para esse estudo o desenho eleito foi explanatório sequencial, essa estratégia consiste na condução da pesquisa em duas fases sequencial distintas tem início com abordagem quantitativa de maior peso (QUAN), integrada à segunda fase, qualitativa, de menor preponderância (Qual) (CRESWELL; CLARK, 2013).

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, realizada em três RS do estado, sendo 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), 14/2013 sob n.º 474768/2013-9, chamada Universal 01/2016. A Figura 2 representa o desenho deste estudo, segundo a recomendação de Creswell (2013).



Figura 2 – Modelo ilustrativo do desenho explanatório sequencial proposto por Creswell (2010).

### **3.2 Local do Estudo**

O presente estudo foi realizado em município de grande porte na região norte do Paraná, com extensão territorial de 1.652,569 km<sup>2</sup> com população estimada de 575.377 pessoas, dessas 455.078 são mulheres, sendo 283.943 em idade fértil (BRASIL, 2015; IBGE, 2020).

O município é referência para partos de risco habitual, intermediário e alto risco, o sistema de atenção à saúde da mulher, pelo SUS, é composto por uma maternidade (M1) referência para gestação de alto risco (AR) que atende o município e toda Regional de Saúde, possui 19 leitos obstétricos e Alojamento Conjunto (AC), uma sala de parto e uma de pré-parto com dois leitos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, Pronto Socorro Obstétrico. Trata-se de hospital terciário que também tem em sua estrutura Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Centro Cirúrgico Geral.

A outra maternidade (M2), de nível secundário é referência para gestação de risco habitual/intermediário (RHI), atende dois municípios da região, é constituída por três salas de parto natural e duas salas de cesárea, oito leitos pré-parto, cinco para recém-nascidos e 34 leitos de puerpério em sistema de AC. Não possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulto.

Ambas possuem certificação pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são referência para a Rede Mãe Paranaense (RMP).

### **3.3 Seleção da População de Estudo**

No intuito de verificar a assistência pré-natal e o segmento na Atenção Primária de Saúde e respeitando o desenho explanatório sequencial, a amostragem das mulheres foi segredada em etapas.

#### **3.3.1 Seleção da População de Estudo – Etapa Quantitativa (QUAN)**

Para a etapa quantitativa do estudo, a população foi constituída, a partir de cálculo amostral descrito a seguir, da população a ser estudada em cada tipo de hospital com maternidade (terciário e secundário) com base no número de partos do ano de 2016, considerando N tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra; n0 uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; E0 erro amostral tolerável (PITO,

2012). Um primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão:

$$n0 = 1 / E0^2 \text{ (5\% = 400)}$$

Conhecendo o tamanho da população podemos corrigir o cálculo anterior por:

$$n = N . n0 / N + n0$$

Também foi considerando uma margem de erro da pesquisa de 5%, um nível de confiança de 95%, mas por se tratar de um estudo de seguimento e que poderão ocorrer perdas ao longo do período de investigação por mudança de endereço ou número telefônico e desistência da participação da pesquisa por parte das mulheres, definir-se-á um acréscimo de 20% como margem de segurança para atender o número amostral.

Os critérios de inclusão foram mulheres que realizaram o parto nas maternidades em estudo, aceitaram participar da pesquisa, residiram na área urbana, bem como não apresentaram nenhum tipo de agravo e/ou problema de saúde que poderia impedir sua participação. **O critério de exclusão foram mulheres**

Municípios Referência	N partos Município	Proporção amostral por município	Unidades/ entrevistas de análise	Acréscimo 20%	RH /RI	AR	TOTAL RH/RI + AR
Londrina	7012	64,24 (HU= 23,3%; MMLB= 76,7%)	248 (HU n= 58; MMLB n= 190)	70 (HU)	-	41	41
				228 MMLB)	22 8	-	228

**Quadro 1** - Cálculo amostral Londrina – estratificação por parto.

### 3.3.2 Seleção da População de Estudo – Etapa Qualitativa (Qual)

A elegibilidade para a amostra da segunda etapa da pesquisa, de menor peso, assumiu como critério, a participação da mulher na fase anterior da pesquisa (QUAN). Utilizou-se amostragem por conveniência, consiste na amostragem não probabilística em que a seleção dos elementos depende em parte do julgamento do pesquisador e disponibilidade do campo de pesquisa, a quantidade de participantes foi definida pelo alcance dos objetivos estabelecidos. A seleção das mães ocorreu por meio de sorteio intencional, realizado na segunda fase do projeto maior, com o intuito de garantir representação de todas as regiões do município (norte, sul, leste, oeste e centro).

### 3.4 Fonte de Dados

Na etapa quantitativa, as fontes de dados utilizadas na construção dos indicadores para identificar se os objetivos e pressupostos da Rede Mãe Paranaense estavam sendo atingidos foram: prontuários maternos e da criança, Carteira de Saúde da Gestante, Carteira de Saúde da Criança e entrevista com a mulher/usuária na maternidade (Apêndice A).

A construção do instrumento de coleta de dados contemplou a caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres e crianças, variáveis referentes aos cinco componentes estabelecidos pela Rede Mãe Paranaense, descritos anteriormente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; JERUSALINKI *et al.*, 2010):

**a) Caracterização das mulheres:** idade materna, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar/classe social e local de residência/procedência;

**b) Pré-natal:** avaliação e da classificação de RH, RI e AR; orientação e vinculação da gestante para o parto; visita prévia na maternidade;

**c) Parto e puerpério:** Acompanhante durante todo o processo do pré-parto, parto e pós-parto imediato; doenças no pré-parto (hemorrágico, infeccioso, hipertensivo, metabólico), teste rápido HIV e sífilis, alívio da dor com terapias farmacológicas e não farmacológicas, banho de relaxamento, uso de bola ou assento ativo, massagem, ingerir líquido e alimento no pré-parto, rotura de membrana, fisiometria, acesso venoso, antibiótico-terapia, uso de ocitocina e

misoprostol, partograma, ausculta de Batimento Cardiofetal (BCF) no parto, tipo de parto, episiotomia, litotomia, manobra de Kristeller, intercorrências intraparto, intercorrências período Greenberg, incentivo e auxílio no aleitamento materno (AM), intercorrências relacionadas ao AM, condições emocionais da puérpera, auxílio nos primeiros cuidados com o recém-nascido (RN) e intercorrências com a puérpera no alojamento conjunto (AC).

**d) Nascimento:** Idade Gestacional (IG), Apgar no 1º e 5º minuto de vida, intervenções com RN no nascimento (aspiração oro-nasal, Ventilação por Pressão Positiva – VPP, administração de oxigênio), encaminhado para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), peso, contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, AM na primeira hora de vida e intercorrências no AC.

### **3.5 Coleta de Dados**

A abordagem pelo método explanatório sequencial, ocorre de forma sequenciada. Portanto, dividida em etapas (CRESWELL; CLARK, 2013). O período total de ambas as fases de coleta de dados compreendeu de julho de 2017 a julho de 2018.

#### **3.5.1 Coleta de Dados – Etapa Quantitativa (QUAN)**

A coleta de dados etapa QUAN foi realizada de julho a dezembro de 2017 na maternidade em prontuários, Carteira de Saúde da Gestante e levantamento de dados com a mulher/usuária para o preenchimento de dados quanto ao pré-natal, pré-parto, parto e nascimento que não estivessem contidos nos documentos.

A coleta aconteceu após o aceite, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) no ambiente da maternidade em local com o mínimo de ruído ou interferência.

#### **3.5.2 Coleta de Dados – Etapa Qualitativa (Qual)**

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2018 após a análise preliminar dos dados preponderantes (QUAN) realizada por meio

de visita domiciliária seis meses após o parto, entrevista individual guiada por roteiro semiestruturado e gravada para conhecer a experiência da mulher sobre a assistência ao parto e nascimento. A coleta aconteceu no domicílio da mulher mediante a visita previamente agendada, após o aceite, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em ambiente com o mínimo de ruído ou interferência durante a coleta com duração média de uma hora e trinta minutos.

Assim, a pesquisadora conduziu as entrevistas gravadas com anuência da mulher por meio da questão inicial: “Fale-me sobre sua experiência ao vivenciar o trabalho de parto e parto”. (Apêndice D). A coleta de dados qualitativa foi encerrada mediante a saturação teórica dos dados.

### **3.6 Análise dos Dados**

A análise consistiu na apreciação dos dados da primeira etapa (QUAN) integrado à coleta de dados da segunda fase de menor peso (Qual). Assim, a análise ocorreu de forma sequencial. A conexão e interpretação analítica final permitiu a mixagem dos dados (CRESWELL; CLARCK, 2013).

#### **3.6.1 Análise de Dados – Etapa Quantitativa (QUAN)**

Após a coleta os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 20.0. Para verificar a diferença das proporções entre as práticas obstétricas utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em *p*-valor.

As variáveis selecionadas foram: sociodemográficas, obstétricas, práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme as recomendações a Organização Mundial da Saúde (categoria A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas, categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado), intercorrências obstétricas (intraparto, Greenberg - até 1ª hora pós-parto), satisfação com o parto, aleitamento materno (contato pele a pele, sucção ao seio materno imediatamente após o parto, tem de contato pele a pele, aleitamento materno em livre demanda).

### 3.6.2 Análise de Dados – Etapa Qualitativa (Qual)

Na etapa qualitativa os dados foram organizados e codificados com auxílio do software NVIVO® versão 12, em duas etapas: inicial e focalizada, na qual códigos iniciais mais significativos foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias.

### 3.6.3 Análise Final

A análise final da pesquisa mista ocorreu por meio da interpretação conjunta dos resultados quantitativos e qualitativos. A dimensão quantitativa por sua atribuição maior teve maior peso nas interpretações e buscas por respostas às indagações da investigação, conforme a recomendação do referencial metodológico eleito (CRESWELL; CLARK, 2013).

Portanto, almejou-se atingir a chamada “*joint display*” que significa uma “apresentação conjunta” ilustrativa de resultados quantitativos e qualitativos, conforme a recomendação atual da literatura a fim de preservar a abordagem mista do estudo (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015).

Embora a análise estatística tenha maior contribuição para a interpretação dos achados, a abordagem qualitativa permitiu o aprofundamento a dimensão dos pressupostos e isso significa que os fatos subjetivos reforçaram ou se contrapuseram às mensurações. Assim, a conexão dessas abordagens, permitiu apreciações mais complexas ou acuradas dos objetivos pesquisados por meio da condução mista (CRESWELL; CLARK, 2013). A Figura 3 representa o itinerário deste estudo, segundo a recomendação de Creswell (2013).



**Figura 3** – Modelo ilustrativo da pesquisa embasado no desenho explanatório sequencial proposto por Creswell (2013).

### 3.7 Procedimentos Éticos

O estudo foi desenvolvido de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com autorização da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, bem como pelas Diretorias das duas Regionais de Saúde (Anexo A) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231 (Anexo B).

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

### 4.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

#### 4.1.1 INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa estuda fenômenos inseridos em contextos naturais, tentando entender ou interpretar os significados e as percepções que as pessoas constroem acerca dos mesmos (SANTOS *et al.*, 2016).

Os conceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) surgiram da parceria entre o sociólogo Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss (1965,1967), após análise sobre o processo de morte em um ambiente hospitalar, que culminou na publicação do livro *The Discovery of grounded theory* (1967), essa obra articulou as estratégias utilizadas e defendeu o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseadas em dados (CHARMAZ, 2009)

Trata-se de método indutivo-dedutivo, ou seja, a construção da teoria requer a interação entre o fazer induções (indo do específico para o amplo), produzindo conceitos a partir dos dados e o fazer deduções (indo do amplo para o específico), gerando hipóteses sobre as relações entre os conceitos derivados dos dados, a partir da interpretação (LACERDA; SANTO, 2019). A TFD possibilita gerar explicações a partir da compreensão das experiências e interações de pessoas inseridas em um determinado contexto social (SANTOS, *et al.*, 2018).

A teoria fundamentada incorpora duas tradições opostas e concorrentes da sociologia representadas por seus criadores, o positivismo da Universidade de Colúmbia verso o pragmatismo da Escola de Chicago. A lógica e abordagem sistemática dos métodos da TFD refletem formação quantitativa rigorosa de Glaser (CHARMAZ, 2009).

Strauss partiu do princípio de que o processo e não a estrutura, era fundamental para existência humana, a construção da ação foi o problema central a ser tratado, o autor levou para TFD princípios da atividade humana, processos, significados sociais e subjetivos (CHARMAZ, 2009).

Posteriormente, ocorreram divergências pensamentos e, a partir disso, cada um seguiu uma linha de trabalho independente, fomentando o desenvolvimento de diferentes perspectivas do método (PEITER *et al.*, 2020).

Glaser permaneceu coerente com o desenvolvimento e aplicação inicial do método, definiu a TFD como um método de descoberta, categorias com surgimento a partir dos dados e utilizou o empirismo objetivo (CHARMAZ, 2009).

Strauss, no entanto, buscou novas interpretações e um novo posicionamento teórico em parceria com Juliet Corbin publica o livro “*Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*” (CHARMAZ, 2009).

Assim, Strauss e Corbin focalizam a aplicação da TFD, apresentando instrumentos para que os pesquisadores a utilizem como método científico. Acrescentam a ideia de que a geração da teoria ocorre a partir de uma relação colaborativa entre pesquisadores e participantes do estudo, criando as bases para a perspectiva construtivista do método (SANTOS *et al.*, 2016).

Portanto, a principal diferença entre os pontos de vista de Strauss e de Glaser sobre o método é a flexibilidade do primeiro e o pragmatismo do segundo. Strauss compreendia a TFD como um modelo analítico de apoio aos pesquisadores composto por um conjunto de recomendações. Essa perspectiva destaca a posição ativa do pesquisador diante dos dados e na elaboração da teoria, o qual pode buscar apoio teórico antes e durante a coleta e análise de dados (SANTOS *et al.*, 2018).

Para Strauss e Corbin, o rigor metodológico sistematizado na TFD é essencial na construção da teoria substantiva, o fenômeno emerge dos dados a partir dessa construção da teoria capaz de permitir a compreensão de determinada realidade por meio da percepção ou significado do participante (LACERDA; SANTO, 2019).

A TFD como método fornece diretrizes de como identificar os conceitos e categorias iniciais, assim como fazer relações entre eles, tem como produto do processo de pesquisa o desenvolvimento de uma teoria que explica a compreensão do fenômeno (LACERDA; SANTO, 2019).

Nesse contexto Kathy Charmaz, compreende a TFD como um conjunto de princípios e práticas, não como pacotes e prescrições prontas. Os métodos da TFD podem completar outras abordagens da análise de dados qualitativos, ao invés de estarem em oposição a eles (CHARMAZ, 2009).

Charmaz, diferentes de seus antecessores compreende que nem os dados e nem as teorias são descobertas, ao contrário somos parte do mundo o qual estudamos e dos dados os quais coletamos, sendo que em qualquer abordagem teórica oferece-se um retrato interpretativo do mundo estudo e não o retratado fiel dele, portanto as conclusões da TFD em pesquisa são construções da realidade (CHARMAZ, 2009).

A vertente construtivista do método, a partir dos anos 2000, desenvolvida por Kathy Charmaz, aproxima as duas tradições o positivismo da Universidade de Columbia, representado por Glaser e sua formação quantitativa, que resultou em rigorosos métodos de análise e a influência da escola de Chicago na pessoa de Strauss, o qual valorizou os significados sociais subjetivos que emergem da ação humana revelando a tradição filosófica pragmática (SANTOS *et al.*, 2016).

Charmaz defende a Teoria Fundamentada Construtivista e introduz uma nova perspectiva, em especial no que diz respeito aos procedimentos analíticos, concentra-se na criação de esquemas conceituais, a autora apoia-se em diretrizes flexíveis e coloca-se contrária a Glaser e Strauss ao expressar que a ideia que os dados e teorias podem ser construídos a partir do envolvimento e das interações com as pessoas (SANTOS; LACERDA, 2019).

**Quadro 2 Características centrais da Teoria Fundamentada nos Dados, segundo a vertente metodológica construtivista.**

Paradigma Epistemológico	Paradigma Construtivismo
Identificação do problema de pesquisa	Sensibilização de conceitos Específicos de cada disciplina
Condução de investigação e desenvolvimento da teoria	Co construção e reconstrução de dados em direção à teoria
Relação os participantes	Co construção
Coleta de dados	Ênfase em entrevistas intensivas, incentiva o uso de múltiplas fontes
Análise de dados/Codificação	Codificação Inicial Codificação focalizada
Diagramas e memorando	Flexível
Avaliação da teoria	Congruência e consistência da teoria em relação ao contexto

Fonte: Adaptado de Santos *et al.*, 2016.

#### 4.1.2 Coleta de Dados

A abordagem da TFD quanto a coleta e a análise simultânea dos dados nos ajudam a prosseguir em busca de ênfases a medida que adaptamos a nossa coleta de dados para informar as nossas análises emergentes (CHARMAZ, 2009).

Nesse sentido, Charmaz adverte que o foco da entrevista, bem como das perguntas de pesquisa, altera-se à medida que o pesquisador opta por uma abordagem objetiva ou construtivista. Para a primeira, a ênfase é nas suposições e significados atribuídos pelos participantes ao fenômeno em estudo. Na segunda, o pesquisador busca informações sobre cronologia, ambientes e comportamentos. Portanto, a TFD construtivista prioriza o uso de entrevistas abertas e em profundidade, também chamadas de entrevistas intensivas. (SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS; LACERDA, 2019).

#### 4.1.3 Processo de codificação e análise dos dados

A codificação qualitativa, o processo de definição sobre o conteúdo dos dados, faz parte da primeira etapa analítica, codificar significa nomear segmentos de dados com uma classificação (categoriza, resume e representa), cada parte dos dados. A codificação é a primeira etapa para passar dos dados a interpretação analítica (CHARMAZ, 2009).

Os códigos revelam a forma como selecionamos, separamos e classificamos dos dados, separam os segmentos dos dados, conferem-lhes denominações em termo concisos e propõem um instrumento analítico para desenvolver as noções teóricas para interpretação de cada segmento (CHARMAZ, 2009).

A codificação é elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados, por meio da codificação define-se o que acontece nos dados e inicia-se o debate sobre que isso significa (CHARMAZ, 2009).

A codificação na TFD compreende pelo menos duas fases principais: **inicial** que envolve a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado e **focalizada** e seletiva que utiliza os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes extensas quantidades de dados (CHARMAZ, 2009).

Na codificação inicial (aberta), o pesquisador estuda rigorosamente seus dados e conceitua suas ideias por meio de códigos que podem ser estabelecidos palavra por palavra, linha a linha ou incidente por incidente. Nessa etapa utiliza-se a codificação “*in vivo*”, para conservar os significados dos participantes, são extraídos e agrupados em códigos provisórios (SANTOS; LACERDA, 2019; SANTOS *et al.*, 2018).

Para realização do processo de análise, dois critérios devem ser considerados: o ajuste (identifica se a teoria se ajusta às experiências dos participantes) e a relevância (para avaliar se a teoria tem relevância enquanto esquema analítico que interpreta as relações entre os processos) (SANTOS *et al.*, 2016).

A codificação focalizada significa utilizar os códigos anteriores mais significativos e ou frequentes, exige a tomada de decisão sobre quais os códigos iniciais permitem uma nova compreensão analítica (CHARMAZ, 2009).

À medida que determinados conceitos emergem com mais frequência e destaque, geram-se subcategorias e categorias, as quais por sua vez revelam a categoria central da pesquisa. A categoria central representa o conceito organizador central mais potente analiticamente (SANTOS *et al.*, 2018; SANTOS; LACERDA, 2019).

As codificações palavra por palavra e linha a linha ajudam o pesquisador a ver o que é conhecido sob uma nova perspectiva, enquanto a codificação por incidentes auxilia o descobrimento de padrões e contrastes a partir da identificação de propriedades e dimensões do fenômeno. Os códigos “*in vivo*” são termos específicos ou amplamente utilizados pelos participantes e servem como marcadores do discurso e dos significados desses participantes. Tais códigos permitem ao pesquisador desenvolver uma compreensão mais profunda do acontecimento analisado (SANTOS; LACERDA, 2019, SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018).

<b>Códigos Preliminares</b>	<b>Codificação Focalizada (Códigos conceituais)</b>	
<b>Codificação inicial</b>	<b>Categorias (2)</b>	<b>Subcategorias (4)</b>
<i>“in vivo”</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto</li> <li>• Restrição ao parto</li> <li>• Nascimento</li> <li>• Hospital escola</li> <li>• Filho mais velhos</li> <li>• Acompanhante</li> </ul>	Sistema de saúde e atenção ao parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O medo da dor e a desesperança para o parto</li> <li>• O poder da cultura e sua influência na via de parto</li> </ul>
	Experiência do parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativa para o parto normal</li> <li>• Enfrentamento para a cesárea</li> </ul>

**Figura 5** - Processo de codificação e análise dos dados, estudo I.

<b>Códigos Preliminares</b>	<b>Codificação Focalizada (Códigos conceituais)</b>	
<b>Codificação inicial</b>	<b>Categorias (2)</b>	<b>Subcategorias (4)</b>
<i>“in vivo”</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimentos com o recém nascido</li> <li>• Apenas mostrou</li> <li>• Nascimento/Choro</li> <li>• Amamentação</li> <li>• Rotinas do serviço</li> </ul>	Intercorrência ao nascer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestação de risco</li> <li>• Intercorrências na sala de parto.</li> </ul>
	O nascimento na instituição pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrando o recém-nascido</li> <li>• Acolhendo o meu filho</li> </ul>

**Figura 6** - Processo de codificação e análise dos dados, estudo II.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo e a discussão foram apresentados no formato de três estudos. O primeiro estudo, responde ao primeiro objetivo específico quantitativo analisar a assistência a parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco e qualitativo conhecer a percepção da mulher frente a atenção do parto e nascimento.

O segundo estudo aborda a influência das práticas obstétricas no parto e nascimento com o desfecho materno e neonatal, e responde ao segundo objetivo específico quantitativo verificar a influência das práticas obstétricas no parto e nascimento com o desfecho materno e neonatal e qualitativo compreender a experiência da mulher no nascimento. O terceiro estudo responde ao objetivo específico identificar a satisfação materna com o parto e sua contribuição para o aleitamento materno.

## 5.1 Estudo I

### BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar a assistência à parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco. **Método:** estudo transversal analítico aninhado à uma coorte prospectiva, delineada pelo método misto explanatório sequencial realizado em duas etapas: quantitativa em 2017 com 299 puérperas e qualitativa em 2018 com 32. Utilizou-se teste Qui-quadrado de Pearson  $p$ -valor  $<0,005$  e a Teoria Fundamentada nos Dados mediante entrevistas intensivas e codificadas no NVIVO®. **Resultados:** entre mulheres de risco habitual/intermediário foram mais frequentes: métodos não farmacológicos para alívio da dor, acompanhante, orientações e indução de trabalho de parto e parto e uso de misoprostol. Naquelas de alto risco houve menos informação sobre o toque vaginal, maior rotura de membranas artificialmente e restrição de ingesta hídrica e alimentos. **Conclusão:** práticas desnecessárias e intervencionistas continuam ocorrendo mesmo após as recomendações da Organização Mundial da Saúde e Rede Mãe Paranaense.

**Descritores:** Parturientes; Maternidades; Saúde da Mulher; Teoria Fundamentada; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

**Descriptors:** Pregnant Women; Hospitals, Maternity; Women's Health; Grounded Theory; Program Evaluation.

**Descriptores:** Mujeres Embarazadas; Maternidades; Salud de la Mujer; Teoría Fundamentada; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

## INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e nascimento é um dos pilares de sustentação e desenvolvimento de um país. No Brasil, a saúde da mulher, em específico, a assistência ao parto, tem recebido diversos incentivos de estratégias e políticas públicas para melhoria e promoção do cuidado obstétrico e neonatal.

Em 1984, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>1</sup>, provocou a ampliação do cuidado à mulher para além do ciclo gravídico puerperal, com ênfase na qualidade da atenção ao parto e nascimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, publicou um guia de recomendações de práticas baseadas em evidências, estruturado em quatro categorias: práticas úteis, prejudiciais ou ineficazes, sem evidências suficientes e usadas de modo inadequado na condução do trabalho de parto e parto.<sup>2</sup>

Foi instituído em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>3</sup> que visa o emprego da valorização e humanização do parto, com condutas de crescimento profissional e empoderamento feminino na transição do parto. Neste mesmo ano, o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM)<sup>4</sup>, era melhorar a saúde materna implicando na redução da mortalidade materna.

Entretanto, todas essas medidas não foram suficientes para suprir as demandas dos serviços de saúde e várias práticas invasivas, violentas, sem suportes científicos, continuaram a serem executadas. E a baixa qualidade da assistência prestada levou ao desenvolvimento e implantação de mais uma política de saúde, a Rede Cegonha<sup>5</sup>, criada em 2011. Ela envolveu hospitais da rede pública para garantir o acesso, acolhimento e qualidade na atenção ao parto e nascimento, assim como continuidade da assistência com referência e contra referência da usuária dos serviços da rede.

Para suprimento das necessidades locais, cada Estado assumiu a responsabilidade para implantação da Rede Cegonha e passou a implementar seu próprio programa, no Paraná, em 2012, a Secretaria do Estado a incorporou ao sistema de atenção à saúde materno-infantil, denominando-a Rede Mãe Paranaense (RMP)<sup>6</sup>. A Rede Mãe Paranaense foi inspirada no Programa Mãe Curitibana (1999) experiência positiva que contribuiu para redução significativa dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada

atenção ao parto.<sup>6</sup>

Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) divulgou as “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal”, com objetivo de orientar a prática profissional sustentada no aporte científico, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.<sup>7</sup> A OMS publicou, em 2018, nova recomendação para uma experiência positiva na atenção ao parto e nascimento, que reforça as categorias já publicadas anteriormente, quais sejam: A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas), B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas), D (práticas frequentemente usadas de modo inadequado) e traz evidências científicas para categoria C (práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara).<sup>8</sup>

Com isso, a OMS amplia o olhar novamente da atenção ao parto. Para uma assistência obstétrica humanizada, adequada e com evidência científica, é necessário que a mulher tenha uma experiência positiva sobre o seu parto e nascimento do seu filho.

## **OBJETIVO**

Analisar a assistência à parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco.

## **MÉTODOS**

### **Aspectos éticos**

Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231

### **Desenho, período e local do estudo**

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado à uma coorte prospectiva, norteado pela ferramenta STROBE e delineado pelo método misto explanatório sequencial. Nesse desenho de estudo, a investigação é conduzida em etapas das seguintes abordagens: primeira e prioritária (com maior atribuição

de peso), quantitativa (QUAN); e a segunda, de menor peso, qualitativa (Qual). A abordagem explanatória sequencial necessita ser interligada por procedimento de conexão ou integração no presente, no qual a análise dos dados coletados da etapa “QUAN” conduz/direciona a coleta dos dados da etapa “Qual”.<sup>9</sup>

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades do município de grande porte no norte do Paraná. Uma referência para gestação de alto risco (M1) e outra para risco habitual e intermediário (M2), para o município e outras regiões do estado. A M1, nível terciário, possui 19 leitos obstétricos e Alojamento Conjunto (AC), uma sala de parto e uma de pré-parto com dois leitos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, Pronto Socorro Obstétrico e Centro Cirúrgico Geral. A M2, nível secundário, é constituída por três salas de parto natural e duas salas de cesárea, oito leitos pré-parto, cinco para recém-nascidos e 34 leitos de puerpério em sistema de AC.

Ambas possuem certificação pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são referência para a RMP. A coleta de dados da primeira etapa (QUAN) ocorreu no período de julho a dezembro de 2017, a segunda etapa (Qual) no período de fevereiro a julho de 2018.

### **População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão**

Para obter a população de estudo foi realizado cálculo amostral em cada maternidade, com base no nº de partos (7.012) do ano de 2016 correspondendo a 69 M1 e 230 M2, resultando em 299 mulheres. Foram incluídas mulheres que realizaram o parto nas maternidades em estudo, aceitaram participar da pesquisa e residiam na área urbana do município.

### **Protocolo do estudo**

As mulheres foram entrevistadas após 24 horas do parto em sala reservada na maternidade, por meio de um questionário estruturado padronizado, também foram utilizados dados do cartão pré-natal, prontuário físico da puérpera e do recém-nascido. O instrumento de coleta de dados da entrevista e do prontuário hospitalar continha 288 questões. No presente estudo as variáveis selecionadas foram: sociodemográficas, obstétricas e práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme as recomendações a Organização

Mundial da Saúde (OMS) (categoria A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas, categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado). Para seguimento do estudo misto explanatório sequencial, após a coleta de dados da primeira etapa (QUAN), foram abordadas as categorias de interesse para serem exploradas na segunda etapa (Qual), representando a mixagem de dados por conexão.

A análise primária da primeira etapa (QUAN) elencou a fragilidade da atenção ao parto e nascimento, com pontos distintos entre assistência de risco habitual/intermediário e alto risco e reforçou a necessidade de prosseguir com pesquisa de método misto no intuito de explorar a temática. Para abordagem qualitativa, adotou-se a perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).<sup>10</sup> A coleta de dados da segunda etapa (Qual) foi conduzida por meio de entrevistas intensivas, realizadas por uma enfermeira doutoranda, bolsista, no domicílio da mulher, com duração média de uma hora e trinta minutos. As falas foram gravadas com aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas. Amostra foi intencional representando as regiões do município, a coleta de dados qualitativa foi encerrada mediante a saturação teórica dos dados.

O primeiro grupo amostral foi composto por 11 mulheres da M1 (referência para alto risco), o segundo grupo amostral por 21 mulheres da M2 (referência para risco habitual/Intermediário). As mulheres foram identificadas no texto conforme o número da entrevista durante a coleta e de acordo com a maternidade P1M1 (participante 1 da maternidade 1) e P1M2 (participante 1 da maternidade 2).

### **Análise dos resultados e estatística**

Após a coleta de dados das duas etapas, foi realizada a análise final. Na QUAN os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0. Para verificar a diferença das proporções entre as práticas obstétricas utilizou-se o Teste Qui-quadrado de *Pearson*, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em *p*-valor. Na Qual os dados foram organizados e codificados com auxílio do *software* NVIVO® versão 12, em duas etapas: inicial e focalizada, na qual códigos iniciais

mais significativos foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias.

Da análise qualitativa, identificou-se a categoria central “A experiência da parturiente no Sistema Público de Saúde: desafios a serem superados.” Derivada da categoria (1) Sistema de saúde e atenção ao parto e, respectivas subcategorias, (1) O medo da dor e a desesperança para o parto e (2) O poder da cultura e sua influência na via de parto. Na categoria (2) Vivência do parto e duas subcategorias: (1) Expectativa para o parto normal e (2) Enfrentamento do parto cesárea. De acordo com o incentivo e recomendações da literatura atual os resultados são apresentados como “*joint display*” a fim de preservar a abordagem mista do estudo.<sup>11</sup>

## RESULTADOS

O perfil sociodemográfico da primeira etapa (QUAN) apontou mulheres com predomínio de idade superior a 30 anos e com maior renda na M1, no entanto, as da M2 apresentaram mais anos de estudos.

A maior parte das parturientes possuía companheiro (M1 91% e M2 87,8%). Pouco mais de 60% em ambas as maternidades não trabalhavam, 34,8% da M1 e 39,5% da M2 eram primigestas. A visita guiada durante o pré-natal à maternidade não foi realizada por 87% na M1 e 73,1% na M2.

Houve diferença estatística entre as práticas de banho de relaxamento ( $p \leq 0,001$ ), uso de bola ou assento ativo ( $p \leq 0,001$ ), massagem para alívio da dor ( $p \leq 0,001$ ), ausculta do BCF ( $p 0,040$ ), receber informação sobre direito a acompanhante ( $p 0,010$ ), presença deste ( $p 0,006$ ), orientações sobre trabalho de parto e parto ( $p 0,005$ ), ingestão de líquidos e alimentos ( $p 0,002$ ) e o local de internação para o parto (Tabela 1).

**Tabela 1- Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas. PR, Brasil, 2021. (n=299)**

Categoria A – práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas**	M1		M2		Valor p*
	n	(%)	n	(%)	
Banho de Relaxamento					
Sim	16	23,2	145	63,0	≤0,001
Não	53	76,8	85	37,0	
Uso de bola ou assento ativo					
Sim	13	18,8	102	44,3	≤0,001
Não	56	81,2	128	55,6	
Uso de Musicoterapia					
Sim	02	03,0	10	05,0	0,591
Não	67	97,0	220	95,0	
Massagem para alívio da dor					
Sim	12	17,4	10	04,3	≤0,001
Não	57	82,6	220	95,7	
Medicação para alívio da dor†					
Sim	18	26,0	85	37,6	0,079
Não	51	74,0	141	62,4	
Ausculta BCF‡ no parto					
Sim	25	83,3	146	94,2	0,040
Não	44	16,7	9	5,8	
Informada sobre o direito de ter um acompanhante					
Sim	51	73,9	200	87,0	0,010
Não	18	26,1	30	13,0	
Teve Acompanhante no Pré-Parto					
Sim	56	81,2	211	91,8	0,006
Não	13	18,8	19	8,2	
Recebeu orientações sobre o TP§ e Parto					
Sim	32	46,4	150	65,2	0,005
Não	37	56,6	80	34,8	
Momento que recebeu as informações†					
Pré-Natal	11	34,4	62	41,1	0,097
Durante o TP	08	25,0	55	36,4	
Hospital	13	40,6	34	22,5	
Ingeriu líquidos durante TP					
Sim	18	26,1	106	47,1	0,002
Não	51	73,9	119	52,9	
Ingeriu alimentos durante TP					
Sim	09	13,0	73	32,6	0,002
Não	60	87,0	151	67,5	
Partograma					
Sim	66	95,7	208	92,0	0,306
Não	03	04,3	18	08,0	

\*Qui-quadrado de Pearson, † Dados informados, ‡ Batimentos cardíofetais, § Trabalho de

Parto \*\*Dados Informados

Quanto as práticas frequentemente usadas de modo inadequado (categoria D), verificou-se que as mulheres da M1 tiveram menos informação sobre o toque vaginal ( $p \leq 0,001$ ) e maior rotura de membranas de forma artificial ( $p \leq 0,001$ ), enquanto a indução do trabalho de parto e uso de misoprostol foi maior em mulheres da M2 (Tabela 2).

**Tabela 2 - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado em maternidades públicas. PR, Brasil, 2021. (n=299)**

Categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado	M1		M2		Valor $p^*$
	n	(%)	n	(%)	
Indução do TP com ocitocina <sup>†</sup>					
Sim	19	27,5	157	69,8	$\leq 0,001$
Não	50	72,5	68	30,2	
Condução do parto com ocitocina <sup>†</sup>					
Sim	54	79,0	157	69,8	0,171
Não	15	21,0	68	30,2	
Uso de Misoprostol <sup>†</sup>					
Sim	7	10,1	86	38,4	$\leq 0,001$
Não	62	89,9	138	61,6	
Acesso Venoso					
Sim	66	95,7	196	85,2	0,021
Não	3	04,3	34	14,8	
Infusão de ATB <sup>‡</sup>					
Sim	42	60,9	119	51,7	0,182
Não	27	39,1	111	48,3	
Foi informada sobre o toque vaginal <sup>†</sup>					
Sim	54	81,8	215	96,0	$\leq 0,001$
Não	12	28,2	09	04,0	
Avaliação sobre o toque vaginal <sup>†</sup>					
Necessário/Suficiente para avaliação	58	90,6	214	96,8	0,036
Excessivo para avaliação	6	09,4	7	03,2	
Consentimento para realizar toque vaginal <sup>†</sup>					
Sim	56	90,8	215	95,6	0,137
Não	6	14,4	10	04,4	
Toque realizado por várias pessoas <sup>†</sup>					
Sim	19	29,2	67	29,8	0,932
Não	46	70,8	158	70,2	
Tipo de Rotura de Membrana					
Espontânea	22	31,9	123	53,5	$\leq 0,001$
Artificial	40	58,0	66	28,7	
Bolsa Rota na Internação	7	10,1	41	17,8	

\*Qui-quadrado de *Pearson*, † Dados informados, ‡ Antibiótico

O parto normal ( $p \leq 0,001$ ) foi a principal opção para as mulheres da M2 e houve maior manutenção do períneo íntegro ( $p = 0,005$ ). A posição litotômica ( $p = 0,002$ ) predominou nas duas maternidades, com pouca ocorrência de parto na cama/leito. A distocia de progressão ( $p \leq 0,001$ ) foi a principal justificativa para cesárea em mulheres da M2. As condições de boa vitalidade do recém-nascido ( $p \leq 0,001$ ) prevaleceram em ambas as maternidades (Tabela 3).

**Tabela 3. Condições do Parto em maternidades públicas PR, Brasil, 2021. (n=299)**

Condições do Parto	M1		M2		Valor $p^*$
	n	(%)	n	(%)	
Opção de nascimento					
Parto vaginal	39	56,5	185	80,4	$\leq 0,001$
Cesárea	26	37,7	45	19,6	
Tipo de parto					
Parto vaginal espontâneo	24	34,8	132	57,9	0,003
Parto vaginal instrumental	1	01,5	4	01,8	
Cesárea	44	63,8	93	40,4	
Condições do períneo <sup>†</sup>					
Períneo íntegro	12	48,0	152	66,1	0,005
Laceração	6	24,0	60	26,1	
Episiotomia	7	28,0	18	07,8	
Local do parto					
Cama hospitalar/leito	6	8,7	20	8,8	0,002
Sala de parto	18	26,1	108	47,8	
Centro cirúrgico	44	65,2	93	40,7	
Domicílio/pré-parto/banho	–	–	6	02,7	
Posição para o parto					
Litotômica	25	36,2	131	57,0	0,002
Dorsal não litotômica	44	63,8	93	40,4	
Vertical/ quatro apoio/lateral/ Cócoras	–	–	6	02,6	
Realizado partograma					
Sim	66	95,7	208	92,0	0,426
Não	3	04,3	18	08,0	
Quem conduziu o parto					
Médico ou residente	67	97,1	221	96,1	0,695
Enfermeiro ou residente	2	02,9	9	03,9	
Justificativa da cesárea <sup>‡</sup>					
Condição/agravo Fetal	13	31,0	24	25,0	$\leq 0,001$
Distocia de progressão	7	16,7	40	43,5	
Iteratividade	1	2,4	18	19,6	
Condição/agravo materno	21	50,0	11	12,0	
Apgar 1º minuto					
Sofrimento grave (3)	5	07,2	–	–	$\leq 0,001$

Dificuldade Moderada (4-6)	4	05,8	8	03,5	
Adequado (7-10)	60	87,0	222	96,5	
Apgar 5º minuto					
Sufrimento grave (3)	–	–	–	–	0,067
Dificuldade Moderada (4-6)	1	01,4	–	–	
Adequado (7-10)	68	98,0	230	100,0	

\*Qui-quadrado de Pearson, † Dados informados parto vaginal, ‡ Dados informados cesárea

Do processo analítico, se obteve a categoria central “A experiência da parturiente no Sistema Público de Saúde: desafios a serem superados”, derivado da categoria (1) Sistema de saúde e atenção ao parto e, respectivas subcategorias, (1) O medo da dor e a desesperança para o parto e (2) O poder da cultura e sua influência na via de parto. Na categoria (2) Experiência do parto e duas subcategorias: (1) Expectativa para o parto normal e (2) Enfrentamento da cesárea.

As categorias informadas ilustram como ocorre a assistência ao parto sob a perspectiva da mulher e sua relação com serviço de saúde, mediada pelos profissionais. A categoria sistema de saúde e atenção ao parto explana como acontece a assistência ao parto em maternidades públicas e o quanto as rotinas e normatização do serviço destoa de um atendimento com um olhar para mulher. A categoria experiência do parto aclara o quanto o parto é um evento marcante na vida do ser humano, desde a descoberta da gravidez, a experiência da gestação, resultando no parto, que pode fluir de forma acolhedora ou estressora.

As mulheres expressaram frustração sobre a experiência do parto, divergente da esperada para o momento, nomeadamente situações sem acolhimento ou informações adequadas. A aceitação foi uma das formas de superação. No entanto, em experiências positivas da condução do trabalho de parto e parto, como relatos de acolhimento e respeito a mulher, foi identificada satisfação da usuária com parto.

**Quadro 1 - Citações das usuárias relacionadas ao sistema de saúde e atenção ao parto de acordo análise estatística significativa.**

Resultados Quantitativos	Análise dos dados qualitativos Categoria Sistema de saúde e atenção ao parto
<b>Categoria D práticas frequentemente usadas de</b>	<i>Daí fez lá a burocracia dele [médico?] e me mandou sair para esperar de novo no salão... Fiquei esperando um tempão até a moça [técnica de enfermagem?] me chamar. Ela me chamou depois de um muito tempo, ainda ficou tudo molhado lá fora [de líquido amniótico?] [...]. Eu entrei, com dor [do trabalho de parto] [...] e ela veio fazer toque ainda. Eu estava com aquela barriga</i>

<p><b>modo inadequado</b></p> <p>Indução do Trabalho de Parto com ocitocina Uso de misoprostol Acesso venoso Toque vaginal</p>	<p><i>enorme, não estava nem conseguindo tirar a roupa, e ela fez eu fazer isso umas três vezes ainda. Depois da avaliação eu fiquei esperando lá fora. (P1-M1)</i></p> <p><i>[...] foi bem ruim quando cheguei na maternidade, porque uma moça [residente] me tratou muito mal [...]. Ela colocou o dedo lá [vagina] com tudo, para fazer o toque, e falou que era para voltar embora. Como já é o quarto, eu sabia que eu estava em trabalho de parto. E eu não estava gritando, estava andando normalmente. Ela falou: você não está em trabalho de parto, você não está com dor, você está normal. Meu marido insistiu, veio outra pessoa e fez a cardiocotografia. Graças a Deus deu para ver que eu estava com contração. (P13-M2)</i></p>
<p><b>Condições do Parto</b></p> <p>Parto Normal Instrumental Episiotomia Posição para o parto dorsal não litotômica</p>	<p><i>[...] eles tentaram parto normal, com fórceps, vácuo [...] levei ponto por baixo, levei ponto na cesárea. (P12-M1)</i></p> <p><i>[...] ele [bebê] entrou em sofrimento. Foi aí que eles resolveram usar o fórceps, mais sofrimento ainda! Eu achei que iria aliviar, não. Na anestesia, foi quarenta minutos para eles localizar o ponto para pegar a anestesia. Primeiro foi um anestesista, ele não encontrou. Chamaram o chefe da anestesia, ele ainda ficou uns dez minutos, até que encontrou. Eles tiram o fórceps, o bebê nasceu. (P10-M1).</i></p> <p><i>eu lembro que estava fazendo força errada [...] mas a menina [interna] que estava fazendo meu parto estava sendo assistida por outras duas pessoas. Era a primeira vez dela. Mas aí, a médica que estava em pé, ela falava: você está fazendo força errada, você está fazendo força em cima, eu preciso que você faça força em baixo. Aí a menina também pedia: faz força para baixo, você está fazendo força em cima". E eu, para mim, estava fazendo força certo. (P17-M2).</i></p> <p><i>Uma residente foi tentar tirar a cerclagem, mas eu nem sei se ela já tinha tirado antes. Meu esposo acabou ajudando-a. Meu marido segurando a luz e ela: bom, eu acho que eu tirei tudo. A gente ficava naquela insegurança. Eu passei a noite inteira com dor, no outro dia de manhã eles viram que não tinha dilatado nada. Eles foram ver aquele pontinho que tinha ficado, descobriram que estava ainda preso o colo do útero. Foi a parte que eu mais sofri, colocava um ferro dentro do outro para tentar abrir. Foi uma dor terrível. Até elas não conseguiam ver o ponto, mas sentiam. A parte mais desesperadora foi quando colocavam o dedo e uma tesoura junto para tentar cortar o ponto no tato, sentindo. Foi quando ela acabou cortando um pedacinho. Aí a menina saiu correndo da sala, meu marido ficou assustado e eu tentando acalmar ele, e querendo saber o que estava acontecendo. Mesmo fazendo tudo isso não conseguiram tirar. Quando eu levantei da maca foi desesperador quando vi sangue em cima da maca, sangue no chão, só para tirar um fiozinho, e no final ainda não conseguiram tirar e tudo. Isso feito sem anestesia. Então foi a parte mais terrível. Eu achei que eles precisam ter um pouquinho mais de experiência, porque depois que eles foram tentar tirar de novo, foi o médico chefe mesmo, o especialista, acho. Ele chegou e tirou rapidinho, sem nada, sabe. (P4-M1).</i></p>

**Quadro 2 - Citações das usuárias relacionadas a vivência do parto de acordo análise estatística significativa.**

Resultados Quantitativos	Análise dos dados qualitativos Categoria Vivência do Parto
<p><b>Categoria A práticas úteis que devem ser estimuladas</b></p> <p>Acompanhante no pré-parto</p> <p>Orientações sobre Trabalho de Parto e parto</p>	<p><i>[...] elas me largaram, me deixaram, e meu marido que ficou comigo o tempo todo. E eu vomitando, fazendo fezes, gritando. Na verdade, eu nem gritei muito. Eu chamei duas vezes ela, (profissional de saúde) e ela falou que estava começando a apontar, mas não estava na hora ainda. Ela virou as costas e eu berrei. Estava nascendo. (P13-M2)</i></p> <p><i>Foi terrível [...]. Eu fiquei sozinha, abandonada, porque eles (profissionais de saúde) não deixaram ninguém entrar comigo. E eu estava com muita dor, muita dor, muita dor [...]. Eu ficava sozinha, ninguém via nada, eles faziam eu andar. (P10-M1)</i></p> <p><i>Porque eu achei que iria ganhar na cama, só que foi, era no chão. É, foi naquela [...] tipo uma “patentinha”, assim, bem pequenininha [...] É, dói demais. (P2-M2)</i></p> <p><i>[...] eu não quero nem falar, aquelas dores de parto, eu morrendo de dor, aquelas mulheres falavam que aquilo lá não era dor, que era o comecinho. Nossa, eu morria de medo. (P18-M2)</i></p>
<p><b>Condições do Parto</b></p> <p>Opção pelo parto normal</p> <p>Parto Cesárea</p>	<p><i>Olha não foi como eu imaginei, porque eu imaginava o parto normal. Eu esperava assim, como eu nunca havia feito cesárea, eu tinha um pouco de medo. Então, eu esperava sentir as dores do parto e ir ganhar neném. (P8-M1)</i></p> <p><i>[...] eu queria fazer parto normal, eu vim para o Brasil, mas eu queria fazer parto normal mesmo assim [...] porque aqui o índice maior é de cesárea. (P5-M2)</i></p> <p><i>Eu imaginei que iria ser bem pior. Eu achei que eu ia ganhar normal, mas eu não pude ganhar (medo) de dor, de sofrer um pouco, porque tinha umas meninas lá que estavam sofrendo bastante. Eu estava com medo de não conseguir. (P20-M2)</i></p> <p><i>Desesperador [...]. Porque eu não queria [cesariana]. Queria parto normal. (P21-M2)</i></p> <p><i>Foi melhor do que eu já imaginava [...]. Foi rápido, fui muito bem atendida, muito respeitada. [...] me senti muito feliz de ter a educadora física que também era doula [...]. Gostei muito, fiquei muito feliz, muito realizada com o meu parto. (P4-M2)</i></p> <p><i>Mas, eu me senti cuidada também, achei que foi muito bom. Eu queria muito poder encontrar a menina que fez meu parto, porque ela ficou tão emocionada quanto eu. Foi muito bom, porque quando eu estava lá, no momento, parindo, eu olhava pra ela e o rosto dela, o olhinho dela estava brilhando de fazer aquele parto (risos). Aquilo, assim, dava um alívio, sabe?! Uma coisa de tipo, nossa, que legal, está sendo especial para mim. Olhava para ela, estava sendo especial para ela também. Então, assim, na verdade se eu pudesse descrever o momento do meu parto para mim foi lindo, foi perfeito. E meu bebê saiu bem, tudo tranquilo. Não teve violência</i></p>

	<i>obstétrica que o povo tanto fala. Foi tudo naturalzinho [...]. (P16-M2)</i>
--	--

## DISCUSSÃO

As diferenças encontradas entre as maternidades do estudo (risco habitual/intermediário e alto risco) apontam para necessidades específicas de cada serviço. No entanto, aspectos do parto permanecem com ações de intervenções desnecessárias. Apesar de ampla discussão e fundamentação científica quanto à condução do trabalho de parto e nascimento nos últimos anos, a assistência nos serviços de saúde ainda demonstra fragilidades na humanização e prática do cuidado, sendo o modelo hegemônico predominante no Brasil.<sup>12</sup>

O perfil das mulheres em cada maternidade se deve também às condições clínicas da gestação e do parto. As mulheres atendidas na maternidade referência para alto risco representam faixa etária jovem adulta, o que pode influenciar na renda familiar mais elevada, porém o fenômeno de mais anos de estudos foi identificado em mulheres que tiveram o parto na maternidade referência para risco habitual/intermediário. Os aspectos sociodemográficos influenciam o cenário obstétrico, a experiência de vida e a maturidade biológica, assim como, anos de estudos podem ser fatores protetores. Perfil semelhante foi identificado em pesquisa com usuárias atendidas na rede pública, residentes na cidade de Recife e municípios da Região Metropolitana.<sup>13</sup>

Ao longo dos anos a atenção ao parto e nascimento migrou da esfera familiar para atenção hospitalar, com isso o sistema de saúde abarcou a responsabilidade quanto à condução e poder sobre o parto.<sup>14</sup> O padrão de assistência no Brasil expõe mulheres à intervenções desnecessárias e sem evidência científica, principalmente usuárias de risco obstétrico habitual.<sup>15</sup>

Entre as práticas avaliadas no estudo, observou-se que as condições de internação para o parto ainda não estão implementadas de forma adequada, embora o programa Rede Mãe Paranaense esteja vigente desde 2012. Medidas como não visitar a maternidade antes do parto, internação fora do período de trabalho de parto podem aumentar o risco de indução ao parto. Uma coorte de nascimentos buscou investigar o uso de medicamentos durante a internação para o parto e constatou a ocitocina como um medicamento largamente utilizado

durante o parto, corroborando com os dados do presente estudo.<sup>16</sup>

A RMP orienta a vinculação da gestante ao serviço hospitalar de referência para o parto, de acordo com estratificação de risco, e isso inclui agendar uma visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, até o sexto mês de gestação.<sup>6</sup> O conhecimento da gestante sobre o local do parto previne a peregrinação da mulher durante o trabalho de parto e a visita fortalece o vínculo com a instituição. Em pesquisa sobre desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto nos serviços públicos de saúde no Brasil, a peregrinação para o parto se associou com todos os desfechos neonatais como prematuridade, baixo peso ao nascer, *near miss* neonatal e *near miss* materno.<sup>17</sup>

Considerando as “práticas úteis e que devem ser estimuladas”, as condições de trabalho de parto e parto divergiram entre as maternidades deste estudo. Mulheres de risco habitual/intermediário usufruíram mais das medidas não farmacológicas de alívio da dor como bola suíça ou de Bobath, chuveiro e massagem, assim como tiveram maiores informações sobre o direito ao acompanhante e orientações para o parto. Resultados semelhantes foram identificados em pesquisa que descreve resultados de dois estudos avaliativos, o Rede Cegonha e o Nascer Saudável, os quais apontam que a presença de acompanhante, o uso do partograma e de métodos não farmacológicos para alívio da dor aumentou em 164% no serviço público, nos últimos anos.<sup>18</sup>

As medidas não farmacológicas de alívio da dor, são práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, além de prover conforto e empoderamento da mulher e estão associados a desfechos positivos na assistência, como a maior satisfação com o parto.<sup>19</sup>

Ainda que avanços em boas práticas na atenção obstétrica tenham ocorrido, verifica-se persistência de ações inadequadas, principalmente em mulheres atendidas em maternidade de alto risco, como a restrição a ingesta hídrica e de alimentos, menor acompanhamento da vitalidade fetal e menos informação sobre a realização do toque vaginal.

A restrição alimentar ou o jejum são práticas não recomendadas pela OMS, tanto para mulheres de risco habitual quanto para de alto risco. Ao contrário, esse órgão recomenda que durante o trabalho de parto as mulheres tenham acesso a oferta de líquidos. O monitoramento fetal por meio de ausculta

intermitente é outra prática preconizada para adequada condução do trabalho de parto e parto, sendo uma ação essencial no cuidado intraparto.<sup>20</sup>

De acordo com recomendações da OMS, o exame vaginal digital deve ser realizado com intervalo de quatro horas em mulheres de risco habitual para avaliação da evolução do trabalho de parto.<sup>6</sup> O toque deve ser realizado de forma adequada e humana, por ser invasivo e íntimo torna a mulher vulnerável ao profissional, adicionando a dor no momento da contração podendo ser extremamente desconfortável.

O domínio do serviço de saúde frente ao parto expõe a mulher a práticas intervencionistas como a episiotomia, posição litotômica, ocitocina sintética, amniotomia, jejum prolongado entre outras, ações essas repudiadas por evidências científicas.<sup>21</sup>

A maternidade pública, na condição de serviço público, tem as portas abertas ao ensino e pesquisa e comporta formação de cursos de graduação e de pós-graduação da área da saúde. Logo, a prática para o processo de ensino-aprendizagem é necessária. No entanto, deve ocorrer de forma responsável na prestação de cuidado à usuária. Os relatos de insegurança e abandono na assistência permitem um diagnóstico da fragilidade do ensino na atenção ao parto no Brasil, mesmo quando há a supervisão direta do docente ou profissional de saúde.

Apesar dos programas e incentivos políticos na esfera pública para melhoria da atenção obstétrica e neonatal, resistências sociais, econômicas e culturais são fatores que impedem o avanço na assistência.<sup>22</sup> A desinformação da usuária, inexperiência do aluno e omissão do profissional culminam numa assistência desastrosa, com experiência de dor e sofrimento. A percepção da mulher sobre a inabilidade do profissional durante assistência é evidente, os relatos de procedimentos inapropriados que não condizem com assistência humanizada e segura reforçam a necessidade de comprometimento da equipe, atenção qualificada e prudência na assistência.

O parto normal foi a via mais desejada pelas mulheres, identificado na análise e reforçado pelas falas das usuárias, o desejo de parir de forma natural ainda é persistente, apesar de enfrentar forte preceito cultural e a desestruturação do sistema de saúde. O preparo para o parto começa no pré-natal, ofertado pela atenção básica e complementado pelos serviços de

referência, no caso de gestações com risco, com compartilhamento de informações clínicas. O estímulo ao plano de parto e vinculação da gestante ao local do parto são estratégias fundamentais para o avanço da atenção obstétrica.<sup>23</sup>

Associação do sofrimento ao parto normal tem influência da sociedade, cujo sentenciamento do parto no sistema público denota pejorativamente o parto vaginal.<sup>24</sup> Isso se evidencia em falas de recusas das usuárias ao parto normal, atribuído a dor e aflição e menções ao parto cesáreo como alento em um momento de angústia. Isso pode se justificar pelo parto com ações intervencionistas, assistido por médico, em posição litotômica, o qual tem resistência ao parto natural em posição vertical e utilização de recursos que incorporam as boas práticas obstétricas.

A posição litotômica no parto beneficia somente o profissional, pois atua contra a gravidade, é desconfortável para a mulher e reduz a intensidade das contrações, interferindo na progressão do parto. Parir em posição não verticalizada é uma prática enraizada à cultura brasileira, subsidiada por protocolos institucionais, comportamentos e preferências profissionais.<sup>25-26</sup> Os incentivos a posição vertical durante o parto assim como movimentação no período de trabalho de parto são práticas positivas que devem ser estimuladas.<sup>27</sup>

Entre os aspectos positivos deste estudo, se tem a manutenção do períneo íntegro e a restrição do uso de episiotomia de rotina na maternidade de risco habitual/intermediário, no entanto a episiotomia ainda está presente em número elevado na maternidade de alto risco. O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo.<sup>6</sup>

Todavia, a justificativa mais frequente para o parto cesárea é a distocia de progressão em mulheres de risco habitual/intermediário, embora este procedimento possua um custo 38% superior ao do parto vaginal para o SUS.<sup>28</sup>

Submeter-se a um procedimento anestésico-cirúrgico, a exemplo de uma cesárea, exige preparo emocional da gestante/parturiente, pois, perpassa, pelas condições clínicas da gestação, frustração de um trabalho de parto ativo que é interrompido, o enfrentamento de uma sala cirúrgica fria e isolada, com a presença do acompanhante somente no momento do nascimento da criança, por vezes o procedimento é realizado sem uma indicação necessária ou informações

adequadas para a gestante.<sup>29</sup> Estudo sobre as características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil verificou a prevalência de 41,3% e uma chance 80% maior de cesariana eletiva mesmo nos atendimentos financiados pelo SUS.<sup>30</sup>

A cesariana é uma condição que tem reforço cultural, com baixa informação da intensidade do parto cirúrgico, que tem repercussão desfavorável na recuperação materna e do recém-nascido. Uma pesquisa sobre morbidade neonatal *near miss* em hospitais terciários verificou que 57,3% dos partos foram cesáreas, além disso a literatura tem demonstrado que nascidos por via alta apresentam maior taxa de morbidade neonatal *near miss* do que os nascidos por parto vaginal.<sup>31</sup>

Ressalta-se que mesmo em gestação com diagnóstico de risco a cesárea não é uma indicação absoluta, sendo possível a evolução do trabalho de parto espontâneo ou a indução do mesmo, apesar disso é evidente o aumento no número de cesárea em todo país, incluindo gestações de alto risco.<sup>32</sup>

Considerando o protagonismo da mulher sobre a escolha da via de parto, se confirma pouca informação sobre o assunto, ainda quando exposto pela usuárias as dúvidas sobre o parto. O abandono no momento do parto, explicitado na fala das mulheres, se contrapõe às políticas de humanização ao parto e nascimento. Além de falta de privacidade, excesso de profissionais na sala de parto, desrespeito são situações suportadas por essas mulheres. Contudo, a vivência do parto sobreposto pela dor e sofrimento é superada com o nascimento do filho saudável.<sup>33</sup>

De outro modo, relatos positivos da assistência ao parto também ocorreram e demonstram que é possível, dentro de uma maternidade pública, experienciar um parto com qualidade, segurança e humanização. Foram expressas palavras como respeito, felicidade, emoção, cuidado com o protagonismo da usuária e o ápice da realização do parto, o envolvimento do profissional no momento do parto torna a experiência singular com satisfação da usuária e traz credibilidade ao parto normal.

A satisfação da usuária com o parto reflete qualidade da assistência e a forma como os cuidados direcionados ao parto e nascimento são ofertados. Atitudes de escuta, acolhimento, protagonismo e acompanhante durante o período de trabalho de parto e parto, influenciam no julgamento sobre os

cuidados recebidos, reafirmando que a satisfação é uma associação de medidas colaborativas e participativas entre a usuária e o serviço.<sup>34</sup>

Os aspectos positivos da satisfação com o parto incluem vínculo materno, amamentação prolongada e adaptação após o parto. De modo contrário, a insatisfação eleva o risco de desfechos negativos à saúde, podendo ocorrer eventos como a depressão puerperal e o medo de parir novamente, aumentando a preferência pelo parto cesáreo em gestações futuras.<sup>35</sup>

As práticas abordadas nesse estudo expressam que, mesmo após diretrizes e políticas de incentivo ao parto humanizado e seguro, práticas obsoletas ainda persistem nos serviços de saúde. Considerando as práticas categoria “A” (úteis que devem ser estimuladas) observamos um pequeno avanço para maternidade que atende o parto de risco habitual/intermediário, enquanto na maternidade de alto risco essa prática está distante das mulheres. Na categoria “D” (frequentemente usadas de modo inadequado) verificamos pouco acesso a informações sobre o parto, assim como indução de modo rotineiro. As usuárias expressam momentos de insegurança e desumanização sustentado por um modelo tecnocrático. Tais fatos se sobrepõem a poucas falas que expressam o cuidado humanizado e uma experiência positiva com parto. Não houve relatos sobre o conhecimento ou se tiveram acesso ao Plano de Parto e se ele foi cumprido parcial ou em sua totalidade.

Do ponto de vista epistemológico, estudo com abordagem mista quantitativa e qualitativa permite uma aproximação relativa (ou parcial) à realidade das maternidades públicas, portanto os resultados apontam para uma das “verdades” possíveis acerca do fenômeno na perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados, que por sua vez, expressou a realidade da assistência no pré-parto e parto.

Ao investigar a assistência no pré-parto e parto além dos números e considerando a perspectiva da usuária, remete para a inovação que pode ser produzida pela enfermagem para a ciência, bem como direcionar e instituir as ações que contemplem as boas práticas obstétricas recomendadas.

## CONCLUSÕES

Atual situação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades do estudo apontam que mesmo após recomendações de boas práticas pela OMS e ações de programas como a RMP, práticas desnecessárias e intervencionistas continuam ocorrendo na assistência. Assim, torna-se imprescindível que práticas com evidências científicas sejam incorporadas e exercidas pelas instituições e seus profissionais, bem como carece de maior inserção e atuação da enfermagem obstétrica, como potencializadora de humanização e atenção qualificada. A consolidação e fortalecimento dessas medidas afirma um desfecho seguro e saudável do parto e nascimento, oportunizando a usuária o protagonismo e significado positivo ao parto.

## REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- 2 World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. doi:10.1111/j.1523-536x.1997.00121.pp.x.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União; 2000.
- 4 Brasil. Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; 2011.
- 6 Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Linha Guia- Programa Rede Mãe Paranaense [Internet]. Curitiba; 2018 [acesso 2020 Jan 12]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/linhaquiamaeparanaense\\_final\\_2017.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaquiamaeparanaense_final_2017.pdf)
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 8 World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [acesso 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

- 9 Creswell JW, Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. Série métodos de pesquisa. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
- 10 Lacerda, MR., Santos, JLG. Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas. 1ª Ed. 2019.
- 11 GuettermanTC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jan 16]; 13(6):554-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- 12 Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jan 16]; 25(3):332-38 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030082>
- 13 Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jan 16]; 33(12): e00175116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00175116>
- 14 Pinto LMTR, Carvalho JSN, Correia RM, Lins ESF, Oliveira LLF, Santos AAP. Interfaces entre profissionais de saúde e a humanização da assistência ao parto. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jan 14]; 9(3):53-8. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1195>
- 15 Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda, GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jan 16]; 26:e2988. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>
- 16 Silveira MPT, Miranda VIA, Silveira MF, Pizzol TSD, Mengue SS, Bertoldi AD. Drug use in delivery hospitalization: Pelotas births cohort, 2015. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 16]; 53:51. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s15188787.2019053000913>
- 17 Leal MC, Esteves PAP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jan 29]; 54:8. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
- 18 Leal MC, Bittencourt SA, Esteves PAP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 16]; 35(7):e00223018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
- 19 Silva YAP, Araújo FEG, Amorim T, Francisca ME, Felisbino-Mendes MS. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jan 28]; 73(2):e20180757. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>.
- 20 Barros MAR, Sousa LS, Américo CF, Esteche CMGCE, Damasceno AKC, Vasconcelos FX. Análise de práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidade pública. *Rev Rene* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Abr 28]; 20:e41650 Disponível em: Doi: 10.15253/2175-6783.20192041650
- 21 Pieszak GM, Gomes GC, Rodrigues AP, Wilhelm LA. As relações de poder na atenção obstétrica e neonatal: perspectivas para o parto e o nascimento humanizados. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 16]; 26: e756. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e756.2019>

- 22 Velho MB, Brüggemann OM, McCourt C, Gama SGN, Knobel R, Gonçalves AC, et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso 220 Jan16]; 35(3):e00093118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00093118>
- 23 Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 17]; 24(6):2135-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232018246.08412019>
- 24 Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jan 16]; 71(Suppl 3):1313-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
- 25 Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. [internet]. 2016 jan-fev [acesso 2019 Ago 16]; 17(1):20-8. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2601/1990>. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100004.
- 26 Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Picture of midwifery practices at a public maternity hospital. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 17]; 24:e56121. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56121>
- 27 Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 18]; 27:e3139. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
- 28 Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 16]; 24(4): 1527-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>
- 29 Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad Ibero-Am Direito Sanit* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jan 24]; 9(1):97-119. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>
- 30 Zaiden L, Nakamura-Pereira M, Gomes MAM, Esteves-Pereira AP, Leal MC. Influence of hospital characteristics on the performance of elective cesareans in Southeast Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jan 29]; 36(1): e00218218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00218218>.
- 31 Brasil DRPA, Vilela MBR, França KEX, Sarinho SW. Neonatal morbidity near miss in tertiary hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 17]; 37(3):275-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2019;37;3;00011>
- 32 Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 16]; 43(121):406-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>

- 33 Morais JMO, Dantas SLC, Paz BSN, Bezerra SM. Assistência ao parto e nascimento sob a ótica de puérperas atendidas em uma maternidade pública. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 17]; 9 (2):1-10:e22179-7692. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769228225>
- 34 Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 Jul [acesso 2020 Jan 17]; 35(6):e00143718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>
- 35 Costa DDO, Ribeiro VS, Ribeiro MRC, Esteves PAP, Sá LGC, Cruz JAS et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: birth in Brazil survey. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 Ago [acesso 2020 Jan 17]; 35(8):e00154918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00154918>

## 5.2 Estudo II

### DESFECHO DO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES CREDENCIADAS A REDE MÃE PARANAENSE

#### Resumo

**Objetivo:** Verificar a influência das práticas obstétricas no parto e nascimento com o desfecho materno e neonatal. **Método:** estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva, delineada pelo método misto explanatório sequencial realizado em duas etapas: quantitativa em 2017 com 299 puérperas e qualitativa em 2018 com 32. Utilizou-se teste Qui-quadrado de Pearson  $p$ -valor  $<0,005$  e a Teoria Fundamentada nos Dados mediante entrevistas codificadas no NVIVO®. **Resultados:** A intercorrência intraparto foi mais frequente entre as mulheres primíparas nas duas maternidades, bem como local do parto no centro cirúrgico e a posição dorsal não litotômica. Houve predomínio do parto normal para contato pele a pele e sucção ao seio materno imediatamente após o parto. **Conclusão:** As boas práticas obstétricas ainda que incentivadas e implementadas por políticas e programas como a Rede Mãe Paranaense, encontram resistência em sua aplicação. Intervenções desnecessárias permanecem sendo realizadas em recém nascidos com boas condições de vitalidade.

**Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Neonatal, Parturientes; Salas de Parto; Enfermagem Materno-Infantil.

**Descriptors:** Hospitals, Parturients; Maternity; Delivery Rooms; Maternal-Child Nursing.

## INTRODUÇÃO

As condições de parto e nascimento ainda refletem um modelo tecnocrático e institucional que expõe a díade mãe-filho a procedimentos invasivos e desnecessários (GOMES, 2018). Os desafios da saúde materna infantil consistem em avançar nas estratégias políticas que propõem qualificar e humanizar a assistência.

A sala de parto é um dos ambientes desafiadores da atenção obstétrica. Assim, faz-se necessário estar apto a prestar assistência humanizada e qualificada primando pelo cuidado seguro sem malefícios a mulher e a criança. O parto é compreendido como evento fisiológico assim como o nascimento em que a maioria dos recém-nascidos (RN) não necessitam de nenhuma intervenção e deve ser oportunizado o contato entre mãe e filho e, a amamentação, ainda em sala de parto (SANTOS, 2019).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) recomenda iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, colocando o bebê em contato pele a pele precoce (CPP) imediatamente após o parto por pelo menos uma hora. É uma estratégia segura, eficaz e de baixo custo com benefícios a curto e longo prazo (SAMPAIO, 2016).

As boas condições de nascimento foram fatores protetores para o contato pele a pele com amamentação na primeira hora em uma pesquisa realizada no ambulatório especializado em aleitamento materno em São Paulo (SACO, 2019). No entanto, a literatura demonstra que a prática do CPP não tem sido realizada de forma adequada e está associada de forma negativa às complicações maternas durante a gestação e cesariana (TAKAHASHI, 2017).

Diante desse cenário o objetivo desse estudo foi verificar a influência das práticas obstétricas no parto e nascimento com o desfecho materno e neonatal, norteada pela abordagem de método misto possibilitando a integração da pesquisa qualitativa e quantitativa a fim de ampliar a compreensão do fenômeno.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva, delineada pelo método misto explanatório sequencial. O método misto pode ser classificado em simultâneo ou sequencial, na primeira abordagem a coleta e análise de dados ocorre de forma conjunta, na segunda a coleta e análise de dados qualitativos ou quantitativos ocorre em fase inicial seguida pela coleta e análise da outra abordagem em um momento posterior (CRESWELL; CLARK, 2013; VIERIA, 2019).

A abordagem pelo método sequencial explanatório inicia com a coleta e análise de dados quantitativos de forma prioritária. Essa fase é seguida pela coleta e análise de dados qualitativos a fim de corroborar com os dados da primeira fase (CRESWELL; CLARK, 2013; VIEIRA, 2019).

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades, uma referência para gestação de alto risco (M1) nível terciário e outra para risco habitual e intermediário (M2) nível secundário, para o município e outras regiões do estado.

Ambas possuem certificação pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são referência para a RMP. Para obter a população de estudo foi realizado cálculo amostral em cada maternidade, com base no nº de partos do ano de 2016, resultando em 299 parturientes.

Foram incluídas mulheres que realizaram o parto nas maternidades em estudo, aceitaram participar da pesquisa e residiam na área urbana do município. A coleta de dados da primeira etapa (QUAN) ocorreu no período de julho a dezembro de 2017, por meio de prontuário físico e aplicação de um formulário estruturado. As mulheres foram entrevistadas após 24 horas do parto em sala reservada na maternidade.

As variáveis selecionadas foram: sociodemográficas, parto e nascimento, intercorrências obstétricas (intraparto, Greenberg - até 1ª hora pós-parto), aleitamento materno (contato pele a pele, sucção ao seio materno imediatamente após o parto).

Para abordagem qualitativa, adotou-se a perspectiva construtivista da

Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).<sup>7</sup> A coleta de dados da segunda etapa (Qual) foi conduzida por meio de entrevistas intensivas, com base em amostragem por conveniência, no período de fevereiro a julho de 2018. As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira doutoranda, bolsista, no domicílio da parturiente, com duração média de uma hora e trinta minutos. As falas foram gravadas com aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas.

O primeiro grupo amostral foi composto por 11 parturientes da M1 (referência para alto risco), o segundo grupo amostral por 21 da M2 (referência para risco habitual/Intermediário). As mulheres foram identificadas conforme o número da entrevista durante a coleta e de acordo com a maternidade P1M1 (participante 1 da maternidade 1) e P1M2 (participante 1 da maternidade 2).

Após a coleta de dados das duas etapas, foi realizada a análise final. Na QUAN os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0. Para verificar a diferença das proporções entre as práticas obstétricas utilizou-se o Teste Qui-quadrado de *Pearson*, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em *p*-valor. Na QUAL os dados foram analisados por meio do *software* NVIVO® versão 12, para codificação e organização dos dados, em duas etapas: inicial e focalizada, na qual códigos iniciais mais significativos foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias. Da análise qualitativa, identificou-se o fenômeno “O nascimento em maternidade pública sob o olhar da usuária”. De acordo com o incentivo e recomendações da literatura atual os resultados são apresentados como “*joint display*” a fim de preservar a abordagem mista do estudo.<sup>8</sup>

Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina, CAAE: 67574517.1.1001.5231. sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017.

## RESULTADOS

O perfil sociodemográfico da primeira etapa (QUAN) apontou mulheres com idade superior a 30 anos e com maior renda na M1, no entanto, as da M2 apresentaram mais anos de estudo. A maior parte das parturientes possuía

companheiro (M1 91% e M2 87,8%). Pouco mais de 60% em ambas as maternidades não eram remuneradas (Tabela1).

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico de maternidades públicas após da implantação da RMP. 2021.

Variáveis	Maternidades			
	M1		M2	
	n	(%)	n	(%)
<b>Idade (em anos)</b>				
14 a 19	12	17,4	44	19,1
20 a 29	32	46,4	164	71,3
≥30	25	36,2	22	9,5
<b>Situação Conjugal*</b>				
Com companheiro	63	91,0	202	87,8
Sem companheiro	6	9,0	27	11,7
<b>Escolaridade</b>				
1-3anos	1	1,4	15	6,5
4-7anos	20	29,0	59	25,6
8-11anos	42	60,9	99	43,0
≥11anos	6	8,7	57	24,7
<b>Ocupação materna</b>				
Remunerada	28	40,0	91	39,5
Não remunerada	41	60,0	139	60,5
<b>Renda familiar (salários-mínimos)</b>				
≤ 1	14	20,4	47	20,4
1 a 2	25	36,2	117	50,8
2 a 3	15	21,7	48	20,8
≥ 3	15	21,7	18	7,8
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>

\*Dados Informados

Em ambas as maternidades não foi realizado a visita guiada ( $p$  0,017), no entanto houve predomínio da ausculta do BCF ( $p$  0,030), dinâmica uterina positiva ( $p$  ≤0,001) e bolsa íntegra ( $p$  0,007) na admissão (Tabela 2).

**Tabela 2** - Condições de internação para o parto em maternidades públicas após da implantação da RMP. 2021.

Variáveis	Maternidades				Valor p
	M1		M2		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Gestação Anterior</b>					
Primigesta	24	34,8	91	39,5	0,474
Multigesta	45	65,2	139	60,5	
<b>Visitou a Maternidade</b>					
Sim	9	13,0	62	26,9	0,017
Não	60	87,0	168	73,1	
<b>Teste Rápido HIV</b>					
Sim	68	98,0	230	100,0	0,067
Não	1	2,0	–	–	
<b>Teste Rápido Sífilis</b>					
Sim	68	98,0	230	100,0	0,067
Não	1	2,0	–	–	
<b>Dilatação Cervical*</b>					
Fase Latente ≤ 5cm	26	47,3	105	54,1	0,366
Fase Ativa ≥ 5 cm	29	52,7	89	45,9	
<b>Ausulta de BCF no Pré - Parto</b>					
Sim	65	94,0	227	98,7	0,030
Não	4	6,0	3	1,3	
<b>Dinâmica Uterina</b>					
Presente	37	53,6	185	80,4	≤0,001
Ausente	32	46,4	45	19,6	
<b>Estado das Membranas</b>					
Integra	54	78,0	139	60,4	0,007
Rota	15	22,0	91	39,6	
<b>Características do Líquido Amniótico†</b>					
Claro	63	95,5	185	92,0	0,270
Mecônio	2	3,0	13	6,5	
Hemático	1	1,5	3	1,5	
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	

\*Dados informados parto vaginal, † Dados Informados.

A intercorrência intraparto foi mais frequente entre as mulheres primíparas nas duas maternidades apresentando relevância estatística ( $p=0,006$ ), via de parto cesárea ( $p\leq 0,001$ ), bem como local do parto no centro cirúrgico e a posição dorsal não litotômica ( $p\leq 0,001$ ). A distocia de progressão foi predominante nas mulheres de risco habitual/intermediário e alto risco ( $p\leq 0,001$ ) (Tabela3).

**Tabela 3** - Condições do parto segundo intercorrências obstétricas. 2021.

Condições do Parto	Intercorrência Intraparto		Valor <i>p</i>	Intercorrência quarto período*		Valor <i>p</i>	Apgar 1° min†		Valor <i>p</i> §
	M1	M2		M1	M2		M1	M2	
	n(%)	n(%)		n (%)	n(%)		n(%)	n(%)	
<b>Gestação</b>									
Primípara	5(20,8)	38(41,8)	0,006	3(12,5)	—	0,426	3(12,5)	3(3,3)	0,676
Múltipara	5(11,4)	37(26,6)		1(2,3)	2(1,4)		6(13,6)	5(3,6)	
<b>Condução do parto com ocitocina</b>									
Sim	8(14,8)	51(32,5)	0,544	2(1,3)	2(1,3)	0,458	5(9,3)	6(3,8)	0,276
Não	2(13,3)	21(30,9)		1(6,7)	—		4(26,7)	2(2,9)	
<b>Tipo de Rotura de Membrana</b>									
Espontânea	5(22,7)	29(23,6)	0,138	2(9,1)	2(1,6)	0,495	5(22,7)	5(4,1)	0,197
Artificial	2(5,0)	35(53,0)		2(5,0)	—		3(7,5)	1(1,5)	
Bolsa Rota na Internação	3(42,9)	11(26,8)		—	—		1(14,3)	2(4,9)	
<b>Tipo de Parto</b>									
Normal	2(8,0)	6(4,4)	≤0,001	1(4,0)	2(1,5)	0,576	5(20,0)	4(2,9)	0,783
Cesárea	8(18,2)	69(74,2)		3(6,8)	—		4(9,1)	4(4,3)	
<b>Local do Parto</b>									
Cama Hospitalar/Leito	—	1(4,0)	≤0,001	1(16,7)	—	0,814	1(16,7)	—	0,819
Sala de Parto	2(10,5)	6(5,4)		—	2(01,8)		4(21,1)	4(3,6)	
Centro Cirúrgico	8(18,2)	67(72,8)		3(6,8)	—		4(9,1)	4(4,3)	
Domicílio/Pré-Parto	—	—		—	—		—	—	
<b>Posição para o parto</b>									
Litotômica	2(8,0)	6(4,6)	≤0,001	1(4,0)	2(1,5)	0,927	5(20,0)	4(3,1)	0,831
Dorsal não litotômica	8(18,2)	69(74,2)		3(06,8)	3(2,2)		4(9,1)	—	
Vertical	—	—		—	—		—	4(4,3)	
<b>Condução do parto</b>									
Médico Residente	10(14,9)	75(33,3)	0,092	4(6,0)	1(0,4)	0,019	9(13,4)	8(3,6)	0,511
Enfermeiro Residente	—	—		—	1(20,0)		—	—	
<b>Justificativa da Cesárea*</b>									
Agravo Fetal	1(07,7)	19(82,6)	≤0,001	2(15,4)	—	0,329	—	2(8,7)	0,273
Distocia de Progressão	4(57,1)	37(92,5)		—	—		1(14,3)	1(2,5)	
Iteratividade	—	3(16,7)		—	—		—	—	
Agravo Materno	3(14,3)	9(81,8)		1(4,8)	—		3(14,3)	1(9,1)	
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>230</b>		<b>69</b>	<b>230</b>		<b>69</b>	<b>230</b>	

\*Greenberg - até 1ª hora pós-parto, †Apagar grave/moderado, §Qui-quadrado de Pearson.

Houve predomínio do contato pele a pele e sucção em seio materno na primeira hora quando parto normal 84% e 76% na M1, 97,1% e 92% na M2, respectivamente, se apresentando estatisticamente significativo ( $p \leq 0,001$ ) nas duas condições. A sala de parto 78,9% M1 e 73,7% M2 e a posição litotômica 84% M1 e 98,5% M2 se associaram ao contato pele a pele e sucção em sala de parto ( $p \leq 0,001$ ).

Apesar de a maioria dos recém-nascidos serem classificados com apgar adequado no primeiro minuto na M1 não houve contato pele a pele em 63,3% ( $p \leq 0,001$ ) e 71,7% ( $p = 0,008$ ) não aconteceu a sucção ao seio materno imediatamente após o parto. Na M2 prevaleceu o contato pele a pele (94,6%) e sucção ao seio materno na primeira hora de vida (71,7%) para os recém-nascidos com apgar  $\geq 7$ . Entre as justificativas para o parto cesárea apenas 15,4% (agravo fetal) e 14,3% (distocia de progressão) realizaram o contato pele a pele na M1 ( $p \leq 0,001$ ) e em nenhuma das condições ocorreu sucção ao seio materno na primeira hora de vida ( $p \leq 0,001$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Condições do parto segundo a prática do aleitamento na sala de parto. 2021.

Condições do Parto	Contato Pele a Pele†		Valor P*	Sucção ao seio materno na primeira hora de vida ‡		Valor P
	M1 n (%)	M2 n (%)		M1 n (%)	M2 n (%)	
<b>Condução do TP com ocitocina</b>						
Sim	19(35,2)	146(93,0)	0,164	16(29,6)	137(87,3)	0,288
Não	5(33,3)	70(95,9)		3(20,0)	66(90,4)	
<b>Tipo de Parto</b>						
Normal	21(84,0)	133(97,1)	$\leq 0,001$	19(76,0)	126(92,0)	$\leq 0,001$
Cesárea	3(6,8)	83(89,2)		—	77(82,8)	
<b>Local do Parto</b>						
Cama						
Hospitalar/Leit	6(100,0)	22(88,0)	$\leq 0,001$	5(83,3)	22(88,0)	$\leq 0,001$
o						
Sala de Parto	15(78,9)	110(98,2)		14(73,7)	104(92,9)	
Centro Cirúrgico	3(6,8)	84(90,3)		—	77(82,8)	
<b>Posição para o parto</b>						
Litotômica	21(84,0)	129(98,5)	$\leq 0,001$	19(76,0)	123(93,9)	$\leq 0,001$
Vertical	—	4(66,7)		—	3(50,0)	

Dorsal litotômica	não	3(6,8)	83(89,2)		–	77(82,8)	
<b>Condução do parto</b>							
Médico Residente	ou	22(32,8)	211(93,8)	0,184	17(25,4)	198(88,0)	0,115
Enfermeiro Residente	ou	2(100,0)	5(100,0)		2(100,0)	5(100,0)	
<b>Apgar 1min</b>							
Sufrimento grave moderado (3-6)	a	2(22,2)	6(75,0)	≤0,001	2(22,2)	6(75,0)	0,008
Adequado (7-10)	(7-10)	22(36,7)	210(94,6)		17(28,3)	197(88,7)	
<b>Apgar 5min</b>							
Sufrimento grave moderado (3-6)	a	–	–	0,043	–	–	0,089
Adequado (7-10)	(7-10)	24(35,3)	216(93,9)		19(27,9)	203(88,3)	
<b>Justificativa da Cesárea*</b>							
Agravo Fetal		2(15,4)	20(87,0)	≤0,001	–	16(69,6)	≤0,001
Distocia Progressão	de	1(14,3)	34(85,0)		–	36(90,0)	
Iteratividade		–	17(94,4)		–	14(77,8)	
Agravo Materno		–	11(100,0)		–	11(100,0)	
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>230</b>		<b>69</b>	<b>230</b>	

\*Qui-quadrado de Pearson, † Recém-nascidos que realizaram contato pele a pele, ‡ Recém-nascidos que realizaram sucção ao seio materno na primeira hora de vida.

Em consequência do agrupamento da codificação inicial, surgiu a codificação focalizada, que gerou duas categorias e quatro subcategorias, categoria (1) Intercorrência ao nascer, subcategorias: (1) Gestação de risco e (2) Intercorrências na sala de parto.

Na categoria (2) O nascimento na instituição pública, duas subcategorias: (1) Mostrando o recém-nascido e (2) Acolhendo meu filho. Assim, se obteve a categoria central “O nascimento em maternidade pública sob olhar da usuária”.

As categorias apresentadas demonstram o processo do nascimento no serviço público sob a perspectiva da usuária por meio da assistência prestada pelo profissional de saúde. Sob esse olhar identificamos a primeira categoria (1) Intercorrência ao nascer da expectativa, que ilustra especialmente o anseio e a vivência de mulheres classificadas com alto risco gestacional. A categoria (2) “O

nascimento na instituição pública representa divergência dessa vivência em que, por vários momentos, persistiu apenas o mostrar o recém-nascido a mulher e executar práticas de rotinas ao RN na sala de parto. Essa prática demonstra o quanto os procedimentos invasivos interferem na prática do CPP e do AM na primeira hora de vida, a exemplo a aspiração que ainda é uma realidade, por conseguinte, posterga o contato materno imediato. No entanto, relatos de CPP reafirmam a importância desse cuidado e quanto a vivência desse momento é significativo para mãe.

**Quadro 1** - Citações das usuárias relacionadas a atenção ao parto e nascimento de acordo análise estatística significativa.

<b>Condições do Parto</b>	<b>Análise dos dados qualitativos Categoria Intercorrência ao nascer</b>
<p>Intercorrências Obstétricas</p> <p>Primíparas</p> <p>Parto Cesária</p> <p>Posição dorsal não litotômica</p> <p>Centro Cirúrgico</p> <p>Distocia de Progressão</p>	<p>“Ah, ele nasceu, levaram ele para UTI (Unidade de Terapia Intensiva), ficou lá uma noite, porque ele estava respirando meio fraquinho, aí no outro dia já foi para o quarto comigo. E ele ficou bem”. P3M1</p> <p>“Quando ele nasceu, eles falaram...nasceu o bebê. Ela levantou assim, eu vi rapidinho, e já levaram ali do lado, e começaram a colocar uns tubinhos no narizinho dele acho que para tirar aquela secreção tudo, e meu marido ficou ali perto, aí assim que eles terminaram de limpar eles vieram e trouxeram para eu ver assim rapidinho, e falaram, olha pai agora você tem que vir junto com a gente. Aí meu marido saiu da sala e acompanhou o bebê”. P4M1</p> <p>“Não eles falaram que não podia entrar, porque era de risco e não podia assistir. Minha mãe ficou lá fora esperando [...] Ele nasceu 16:28h eu fui ver ele 20h”. P7M1</p> <p>“Trouxe para eu ver e falou assim: sabe por que você está aqui? Explicou meu caso, que ele era um bebê baixo peso, que poderia nascer e ir direto para incubadora, que era esperado para NEO (Unidade Neonatal). Eu falei: está bom, mas tinha bastante fé que ele não ia. Ele nasceu chorando bem. O médico falou que era positivo, estava chorando bem, por enquanto não vai precisar. Quando eu cheguei no quarto ele estava lá com meu marido”. P8M1</p> <p>“A anestesia, foi quarenta minutos para ele encontrar o ponto para pegar a anestesia, primeiro foi um anestesista, ele não encontrou, chamaram o chefe da anestesia, ele ainda ficou uns dez minutos para encontrar, até que encontrou [tiram o fórceps] o bebê nasceu desacordado, todo roxo e mesmo assim eles ainda colocaram ele em cima, depois disso que eles foram lá e socorreram ele [bebe] encaminharam UCI (Unidade de Cuidados Intermediário) eu não amamenteei nem nada”. P11M1</p>

**Quadro 2** - Citações das usuárias relacionadas as condições do parto e a prática do aleitamento materno na sala de parto de acordo com a análise estatística significativa.

<b>Condições do Parto</b>	<b>Análise dos dados qualitativos Categoria O nascimento na instituição pública</b>
<p>Prática do Aleitamento Materno na Sala de parto</p> <p>Parto Normal Sala de parto Posição Litotômica Apgar Adequado</p>	<p>“ela saiu... eles passaram a mão nas costinhas dela, mas ela já nasceu chorando, com olhinho bem aberto, bem atento, daí colocou aqui em cima de mim, para mim pegar ela um pouquinho, enrolou ela em um pano e deu para meu marido”. P9M1</p> <p>“Bom quando ele nasceu para mim foi lindo, mas correu tudo certo, ele nasceu eu escutei o chorinho dele. Porém eles já tinham me avisado que não iam me mostrar logo em seguida, pois eles iam primeiro dar uma aspirada, limpar, e que logo em seguida já iam levar. Mas que não era porque não estava bem, e que era um procedimento normal. Eles só fizeram essa limpeza, deram essa aspirada e me mostraram. Foi o tempo de eu dar um beijinho nele aí já foi, levaram ele”. P6M2</p> <p>“Assim que acabou de nascer ele já colocou no meu colo, não precisou cortar cordão nada. Só segurei ele depois cortou [pai], tiraram do meu colo para poder limpar ele”. P2M2</p> <p>“A [...] foi inexplicável (risos) foi tudo muito lindo [...] ele teve um pouco de dificuldade porque ele engoliu o líquido, tentaram colocar ele no meu peito, mas ele não quis pegar”. P3M2</p> <p>“Sim, sim colocou aí só tirou para o pediatra avaliar daí voltou ela, ela ficou uns quarenta minutos quase uma hora no peito, já teve uma pega correta não precisou de ajuda. Meu esposo também estava junto [...] Depois de uma hora mais ou menos ela foi para o banho, o pai dela foi junto acompanhou. Me colocaram na maca para ver ela tomando banho [né filha] mas foi isso, foi muito bom”. P4M2</p> <p>“Eu cheguei escutar que o bebê tinha nascido, que estava tudo bem. Eu só vi sabe, ele bem rápido, eles foram enrolar ele [bebê], cortar o cordão umbilical para depois trazer ele de volta”. P11M2</p> <p>“Quando ele nasceu não foi direto [para o colo], eu vi ele, mas não ficou comigo, foi para a incubadora, por causa da falta de açúcar no sangue”. P12M2</p> <p>“Após o nascimento eu gostei muito que o bebê ficou comigo o tempo todo, gostei do fato dele nascer e já vir para meu colo sabe, não ter ido para mão de ninguém, ela pegou e me deu aquilo [bebe] é muito gostoso é muito bom, eu acho que todo parto devia ser assim porque na hora ele olhou para mim parou de chorar e só me olhou assim [...] é muito lindo isso”. P16M2</p>

## DISCUSSÃO

O perfil das usuárias atendidas na rede pública de atenção ao parto foi de mulheres jovens adultas, múltíparas, com companheiro e não remuneradas. O desfecho materno e neonatal verificado nesse estudo associou a intercorrência intraparto em mulheres primíparas e a via de parto cesárea, assim como, o predomínio do parto normal para contato pele a pele e sucção ao seio materno ainda em sala de parto.

De acordo com critérios para resultados adversos no cuidado perinatal do “Adverse Outcome Index” (AOI) do National Perinatal Information Center (NPIC) no presente estudo apenas um RN manteve apgar inferior a 7 no quinto minuto característico de maternidade de alto risco (FOGLIA, 2015).

As boas práticas na atenção ao parto e nascimento incluem CPP, clampeamento tardio do cordão umbilical, respeito a “hora dourada” e amamentação na primeira hora de vida. A “hora dourada” é considerada a primeira hora de vida do recém-nascido, nesse sentido ocorre o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho e o parto não deve ser uma obstrução para que esse momento ocorra (RAMOS, 2018).

Entre os benefícios do CPP estão a manutenção do RN aquecido, estímulo ao aleitamento materno ainda em sala de parto devido ao reflexo instintivo de busca ao seio materno, isto contribui para diminuir a mortalidade neonatal e aumenta o período de amamentação, melhora a interação mãe-bebê e reduz o risco de hemorragia materna (RAMOS, 2018).

A interação eficaz nesse período proporciona maior satisfação a usuária com uma experiência positiva com o parto e nascimento e esses estímulos são transmitidos ao recém-nascidos que correspondem a mãe, assim ocorre o processo de reconhecimento e aproximação (FUCKS, 2015).

O parto normal tem sido um fator protetor para o contato pele a pele, mulheres submetidas ao parto cesárea têm de três a quatro vezes riscos de não realizar contato pele a pele e aleitamento na primeira hora de vida (SACOO, 2019). Assim, como a presença do acompanhante é um fator positivo para prática do contato pele a pele logo após o nascimento (MONGUILHOTT, 2018).

No presente estudo verificamos que a cesárea foi um obstáculo para o contato pele a pele em mulheres com classificação de alto risco, assim como,

não foi oportunizado a sucção ao seio materno em sala de parto, dados semelhantes foram verificados em uma maternidade pública do Nordeste brasileiro credenciada IHAC em que nenhuma paciente submetida a cirurgia cesariana teve oportunidade de realizar o contato pele a pele da maneira preconizada (SAMPAIO, 2016).

A assistência ao recém-nascido ainda encontra resquício da prática intervencionista. Estudo sobre estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice-ON verificou que 71% dos bebês saudáveis tiveram suas vias aéreas superiores aspiradas, apenas 28,2% tiveram contato pele a pele ao nascer e 44,5% mamaram na primeira hora de vida (MENDES; RATTNER, 2020). Outro estudo realizado no Rio de Janeiro apontou que apenas 28,0% dos recém-nascidos entraram em contato pele a pele e foram levados ao seio materno logo após o nascimento (Ledo, Góes, Santos, Pereira-Ávila, Silva, Bastos, 2021), dados esses semelhantes aos do presente estudo em que menos de 37% dos recém-nascidos da M1 realizaram contato pele a pele e pouco mais de 28% sugaram o seio materno em sala de parto.

Uma pesquisa desenvolvida na Finlândia verificou que rotinas e práticas de cuidados ao recém-nascidos promoveram o contato pele a pele apesar de os profissionais de saúde não justificarem a prática como um cuidado baseado em evidências, mas sim como uma prática comum da instituição (NIELA-VILÉN; FEELEY; AXELIN, 2017).

Um estudo nacional identificou que após a implementação da Rede Cegonha o contato pele a pele passou de 14,9% para 60,1% e, o estímulo do profissional à amamentação logo após o nascimento, de 22,1% para 45% (LOPES, 2019). No entanto, uma pesquisa de avaliação da qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar verificou que o contato pele a pele na sala de parto foi superior a 80%, porém a amamentação na sala de parto apresentou baixas proporções em toda a rede (9,3%) (SILVA, 2017).

As condições de parto e nascimento expressas nesse estudo refletem que as intervenções desnecessárias ainda ocorrem após o nascimento principalmente na maternidade de alto risco. Esses procedimentos se somam as expectativas das mães e causam um ambiente estressor. A maternidade de risco habitual apresentou avanços nas condições de nascimentos proporcionando a maioria dos RN o contato pele a pele e sucção após o parto. Essas ações além

de promoverem diversos benefícios a díade mãe-filho, também são reconhecidas pelas usuárias como momentos singulares de reconhecimento ao RN e satisfação com o desfecho do parto.

## CONCLUSÃO

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento ainda que sejam incentivadas e implementadas por políticas e programas de saúde como a Rede Mãe Paranaense, **encontram resistência em sua aplicação**. Intervenções desnecessárias permanecem sendo realizadas em recém-nascidos com boas condições de vitalidade.

## Referencias

Creswell JW, Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. Série métodos de pesquisa. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

Foglia, L. M., P. E. Nielsen, E. A. Hemann, S. Walker, J. A. Pates, P. G. Napolitano, and S. Deering. 2015. "Accuracy of the Adverse Outcome Index: An Obstetrical Quality Measure." *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 41 (8): 370–7.

Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Av. enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jul 2020]; 33(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>.

Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2594-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>.

Ledo Beatriz Cabral, Góes Fernanda Garcia Bezerra, Santos Andressa Silva Torres dos, Pereira-Ávila Fernanda Maria Vieira, Silva Aline Cerqueira Santos Santana da, Bastos Mayara Pacheco da Conceição. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2021 [cited 2020 Nov 07] ; 25( 1 ): e20200102. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452021000100213&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452021000100213&lng=en). Epub Sep 04, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0102>.

Lopes Giovanna De Carli, Gonçalves Annelise de Carvalho, Gouveia Helga Geremias, Armellini Cláudia Junqueira. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 10] ; 27: e3139. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en).  
2019. <https://doi.org/10.1590/15188345.2643-3139>.

Epub Apr 29,

Mendes, Yluska Myrna Meneses Brandão e e Rattner, Daphne Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 54 [Acessado 29 Abril 2020], 23. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>.

Monguilhott, Juliana Jacques da Costa et al. Nascido no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 52 [Acessado 10 Julho 2020], 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>>. Epub 18 Jan 2018. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>.

Niela-Vilén, H., Feeley, N., & Axelin, A. (2017). Hospital routines promote parent-infant closeness and cause separation in the birthing unit in the first 2 hours after birth: A pilot study. *Birth*, 44(2), 167–172. doi:10.1111/birt.12279

Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *res.: fundam. care. online* 2018. jan./mar. 10(1): 173-179.

Saco Márcia Carneiro, Coca Kelly Pereira, Marcacine Karla Oliveira, Abuchaim Érika de Sá Vieira, Abrão Ana Cristina Freitas de Vilhena. Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 29]; 28: e20180260. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072019000100391&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100391&lng=en). Epub Dec 02, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0260>.

Sampaio Ádila Roberta Rocha, Bousquat Aylene, Barros Claudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Junho [Acesso 2020 Junho 26]; 25(2): 281-290. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222016000200281&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000200281&lng=en). <https://doi.org/10.5123/s167949742016000200007>.

Sampaio Ádila Roberta Rocha, Bousquat Aylene, Barros Claudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 June [cited 2020 July 10]; 25(2): 281-290. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222016000200281&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000200281&lng=en). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>.

Santos JLG, Escalante Barrios EL, Creamer EG, Onwuegbuzie AJ. Pesquisa de métodos mistos na América Latina: iniciativas e oportunidades de expansão. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 04 20]; 29: e20200101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0001-0001>. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):297-304 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>

Silva Ana Lúcia Andrade da, Mendes Antonio da Cruz Gouveia, Miranda Gabriella Morais Duarte, Souza Wayner Vieira de. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jul 10] ; 33(12):e00175116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X201700105003&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X201700105003&lng=pt). Epub 18-Dez 2017. <https://doi.org/10.1590/0102311x00175116>.

Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports* [Internet] 2017 [acesso 2020 Jun 29];7:44868. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1038/srep44868>.

Viera Claudia Silveira, Bugs Bruna Maria, Carvalho Ariana Rodrigues Silva, Gaiva Maria Aparecida Munhoz, Toso Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. Descrição do uso do método misto integrativo na enfermagem neonatal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 29] ; 53: e03408. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100600&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100600&lng=en). Epub Jan 21,2019. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017039303408>.

### 5.3 Estudo III

#### CONTATO PELE A PELE E SUCÇÃO NA PREIMEIRA HORA DE VIDA CONTRIBUIÇÃO PARA SATISFAÇÃO MATERNA

##### RESUMO

**Objetivo:** analisar a satisfação materna com o parto e sua contribuição para o aleitamento materno. **Método:** estudo quantitativo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, realizada no ano de 2017, desenvolvido em duas maternidades de um município de grande porte, uma referência para gestação de alto risco e uma de risco habitual e intermediário. Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em p-valor. **Resultados:** houve predomínio da satisfação materna com o parto em mulheres entre 20-29 anos e com companheiro em ambas as maternidades. Mulheres que realizaram contato pele a pele na sala de parto inferior a 30 minutos apresentaram maior satisfação com o parto em ambas as maternidades, na maternidade de risco habitual/intermediário mulheres que tiveram sucção em sala de parto demonstraram maior satisfação com o parto, em ambas as maternidades a satisfação com o parto favoreceu o aleitamento materno em livre demanda, bem como o tempo de contato pele a pele <30 minutos. Os motivos mencionados para insatisfação materna com o parto foram ofensa/desrespeito profissional e manobra de Kristeller. **Conclusão:** a satisfação materna com o parto favorece o aleitamento materno em livre demanda, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento são estratégias efetivas e necessária para sucesso do aleitamento materno.

**Descritores:** Salas de Parto; Aleitamento materno; Comportamento de sucção; Relações mãe-filho, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatal.

**Descriptors:** Delivery Rooms; Breast Feeding; Sucking Behavior; Mother-Child Relations.

## INTRODUÇÃO

O modelo hegemônico e tecnocrático ainda presente na atenção ao parto e nascimento no Brasil reflete a resistência do emprego as práticas humanizadas e melhora da qualidade no atendimento. As estratégias políticas e programas como Rede Mãe Paranaense (RMP) inspirado na Rede Cegonha são medidas que auxiliam na promoção do parto e nascimento saudáveis, com garantia da autonomia e protagonismo da mulher, reforçando o emprego da prática baseada em evidências (SILVA; MIRANDA; SOUZA, 2017).

Entre os aspectos de humanização e boas práticas de atenção ao parto e nascimento estão presentes o contato pele a pele e sucção em sala de parto, medidas que favorecem o desenvolvimento infantil, aleitamento materno (AM) e podem ampliar a satisfação materna com o parto. Essas práticas são propostas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em que o quarto passo dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” consiste em “facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais rápido possível após o nascimento.” (SILVA; PELLEGRINELLI; PEREIRA; PASSOS; SANTOS; 2017).

O início precoce da amamentação é um dos desafios a serem alcançados nas primeiras horas de vida, o seu estímulo logo após o nascimento favorece a continuidade exclusiva e prolongada do AM. Esse processo necessita da atuação e interação do profissional de saúde, ferramenta fundamental para apoiar e promover essa prática (SILVA; FONSECA; OLIVEIRA; SILVA; RAMOS; GAMA; 2020).

O Aleitamento Materno em Livre Demanda (AMLD) é uma prática benéfica que precisa continuar a ser estimulada após o nascimento, apesar de ampla recomendação da amamentação e dos diversos benefícios associados a mesma, persiste a dificuldade em ampliar as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil (COCA; PINTO; WESTPHAL; MANIA; ABRÃO; 2018).

Entre os facilitadores para promoção e manutenção do AM podem estar a satisfação materna com o parto. Também o processo de lactogênese que começa na gestação, período em que estrógeno e progesterona desenvolve os ductos e formam os lóbulos. Após o parto, os níveis de estrógeno e progesterona decrescem, gerando aumento progressivo da prolactina, responsável pela

produção leite. Com o estímulo ao seio materno, o hipotálamo envia hormônios que ativam a produção de prolactina pela hipófise e, ao mesmo tempo, a ocitocina, auxilia na ejeção do leite durante a amamentação (RIBEIRO *et al*; 2020).

A associação do parto e amamentação vem sendo descrita na literatura relacionada principalmente aos aspectos emocionais da puérpera após o parto sendo a depressão pós-parto vinculada ao desmame precoce (SILVA *et al*; 2017).

Pesquisa longitudinal realizada em Ribeirão Preto sobre a autoeficácia materna para amamentar, concluiu que a atenção qualificada no parto é benéfica tanto para a mulher quanto para a amamentação (MONTEIRO; GUIMARÃES; MELO; BONELLI; 2020). Considerando a escassa produção nacional científica sobre o tema, esse estudo tem por objetivo analisar a satisfação materna com o parto e sua contribuição para o aleitamento materno.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo quantitativo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, realizada no ano de 2017, foi desenvolvido em duas maternidades de um município de grande porte, uma referência para gestação de alto risco (M1) e outra para risco habitual e intermediário (M2).

A M1, nível terciário, possui 19 leitos obstétricos e Alojamento Conjunto (AC), uma sala de parto e uma de pré-parto com dois leitos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, Pronto Socorro Obstétrico e Centro Cirúrgico Geral. A M2, nível secundário, é constituída por três salas de parto natural e duas salas de cesárea, oito leitos pré-parto, cinco para recém-nascidos e 34 leitos de puerpério em sistema de AC.

Ambas as maternidades são credenciadas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Mãe Paranaense (RMP) que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS). O cálculo amostral foi realizado com base em 7.012 partos em 2016, correspondendo a 69 M1 e 230 M2, sendo a amostra de 299 mulheres, acrescentou-se 20% a amostra devido a característica de seguimento após o parto. A primeira fase da coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017.

Foram incluídas mulheres que realizaram o parto nas maternidades em estudo, que aceitaram participar da pesquisa e que residiam na área urbana do município. Os dados foram obtidos por meio de prontuário físico, Cartão da Gestante e entrevista com as puérperas mediante formulário estruturado após 24 horas do parto, o qual teve início com a identificação diária das mulheres na unidade de Alojamento Conjunto (AC).

As variáveis selecionadas para este estudo foram as sociodemográficas, obstétricas (tipo de parto e satisfação com o parto), nascimento (contato pele a pele, tempo de contato pele a pele, sucção em sala de parto) e alojamento conjunto (aleitamento materno em livre demanda AMLD). As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0. Para verificar a diferença das proporções entre a 'satisfação materna' e 'AMLD' utilizou-se o Teste Qui-quadrado de *Pearson*, a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em *p*-valor.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, ambas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 2.053.304 e CAAE: 67574517.1.1001.5231 de 09 de maio de 2017.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas demonstraram predomínio da satisfação materna com o parto em mulheres entre 20-29 anos (M1 48,5%, M2 71,9%) e com companheiro (M1 92,4%, M2 71,9%) em ambas as maternidades. Considerando os anos de estudos mulheres da M1 63,6% com menos anos de estudos demonstraram maior satisfação o parto, no entanto, na M2 43,3% das mulheres com mais anos de estudos apresentaram maior satisfação com o parto. Mulheres não remuneradas (M1 57,6%, M2 59,6%) e com renda entre 1 e 2 salários-mínimos (M1 36,4%, M2 51,0%) manifestaram satisfação com o parto (Tabela 1).

**Tabela - Satisfação materna com o parto segundo o perfil sociodemográfico, 2021.**

Perfil sociodemográfico	Satisfação com o parto				Valor de p
	M1		M2		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Faixa etária (em anos)</b>					
De 14 a 19	10	15,1	38	18,1	0,104
De 20 a 29	32	48,5	32	71,9	
≥30	24	36,4	21	10,0	
<b>Situação Conjugal</b>					
Com companheiro	61	92,4	85	92,6	0,479
Sem companheiro	5	7,6	25	11,9	
<b>Escolaridade (em anos)</b>					
1-3	42	63,6	14	06,7	0,587
4-7	16	24,2	55	26,2	
8-11	4	6,1	91	43,3	
≥11	4	6,1	50	23,8	
<b>Ocupação materna</b>					
Remunerada	28	42,4	84	40,4	0,226
Não remunerada	38	57,6	124	59,6	
<b>Renda familiar (em SM*)</b>					
≤ 1	13	19,7	41	19,5	0,549
1 a 2	24	36,4	107	51,0	
2 a 3	14	21,2	46	21,9	
≥ 3	15	22,7	16	7,6	
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	

\*salário-mínimo

A satisfação materna com o parto foi maior em mulheres da M1 que realizaram o parto cesárea (65,2%) e não tiveram contato pele a pele (65,2%). Na M2 a satisfação foi 60% para aquelas que evoluíram para o parto via vagina e em 94,3% do contato pele a pele. O contato pele a pele na sala de parto inferior a 30 minutos proporcionou maior satisfação com o parto em ambas as maternidades (M1 100%; M2 66,0%), na M2 91,1% das mulheres em que foi oportunizado a sucção do RN em sala de parto demonstraram maior satisfação com o parto (Tabela 2).

**Tabela 2 - Satisfação materna segundo as características de sala de parto, 2021.**

Variáveis	Satisfação com o Parto				Valor de p
	M1		M2		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Tipo de Parto</b>					
Vaginal	23	34,4	126	60,0	0,495
Cesárea	43	65,2	84	40,0	
<b>Contato pele a pele</b>					
Sim	23	34,8	198	94,3	0,511
Não	43	65,2	12	05,7	
<b>Tempo de contato pele a pele*</b>					
<30 min	22	100	120	66,0	0,863
30-60 min	–	–	56	30,7	
> 60 min	–	–	06	03,3	
<b>Sucção em sala de parto</b>					
Sim	18	27,3	185	91,1	0,246
Não	48	72,7	25	11,9	

O aleitamento materno em livre demanda (AMLD) foi frequente para o parto cesárea na M1 63,5% e ocorreu em 60,5% do parto vaginal na M2. Em ambas as maternidades a satisfação com o parto favoreceu o AMLD, bem como o tempo de contato pele a pele <30 minutos (M1 100%, M2 66,1%), e prevaleceu em mulheres que tiveram sucção em sala de parto na M2 87,7% (Tabela 3).

**Tabela 3 - Aleitamento materno em livre demanda no alojamento conjunto segundo as características da sala de parto. 2021.**

Variáveis	AMLD*				Valor de p
	M1		M2		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Tipo de Parto</b>					
Normal	23	36,5	122	60,5	0,443
Cesárea	40	63,5	81	39,9	
<b>Satisfação com o parto</b>					
Sim	61	96,8	185	91,1	0,479
Não	02	03,2	18	08,9	
<b>Contato pele a pele</b>					
Sim	23	36,5	190	93,6	0,513
Não	40	63,5	13	06,4	
<b>Tempo de contato pele a pele</b>					
<30 min	22	100	115	66,1	0,341
30-60 min	-	-	53	30,5	
> 60 min	-	-	06	03,4	
<b>Sucção em sala de parto</b>					
Sim	19	30,2	178	87,7	0,511
Não	44	69,8	25	12,3	

\*Aleitamento Materno em Livre Demanda

Orientações sobre AM, apoio profissional para amamentar (p0,010) e pega correta (p0,027) demonstraram relevância estatística para o AMLD no AC. Cerca de 30% das mulheres que estavam em AMLD apresentaram dificuldades para amamentar (p0,019) em ambas as maternidades (Tabela 4).

**Tabela 4. Aleitamento materno em livre demanda segundo as características do alojamento conjunto 2021.**

Variáveis	AMLD				Valor p
	M1		M2		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Recebeu orientação e apoio profissional para amamentar</b>					
Sim	53	84,1	193	96,5	0,010
Não	10	15,9	07	03,5	
<b>Recebeu orientação sobre AME</b>					
Sim	34	54,0	151	75,1	0,284
Não	29	46,0	50	24,9	
<b>Profissional observou e avaliou a mamada</b>					
Sim	61	96,8	189	93,6	0,500
Não	2	3,2	13	6,4	
<b>Dificuldade para amamentar</b>					
Sim	20	31,7	62	30,5	0,019
Não	43	68,3	141	69,5	
<b>Recebeu orientações sobre pega correta e AMLD</b>					
Sim	47	74,6	185	91,6	0,027
Não	16	25,4	17	08,4	
<b>Recebeu orientações sobre não utilizar chupetas e mamadeiras</b>					
Sim	21	33,3	133	65,8	0,548
Não	42	66,7	69	34,2	

A insatisfação com o parto foi referida por 4,3% (3) das mulheres M1 e 8,7% (20) M2, entre os motivos 33,3% M1 e 40,0% M2 mencionaram ofensa/desrespeito profissional, a manobra de Kristeller foi realizada em 33,3% M1 e 8,3% M2 (Figura 1).



**Figura 1 - Motivo para insatisfação com o parto**

## DISCUSSÃO

A RMP visa o avanço na assistência obstétrica e neonatal, com redução da mortalidade materna e infantil. As estratégias utilizadas, incluem apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (PARANÁ, 2018).

Esses passos consistem em políticas e procedimentos de apoio a amamentação, sendo que essas ações podem aumentar a cobertura universal do AM e garantir a sustentabilidade ao longo do tempo. Essas ações fazem parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), para motivar os serviços e profissionais de saúde a implementar os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” (WHO, 2017).

O quarto passo visa “facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais rápido possível após o nascimento”, o quinto “apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e lidar com as dificuldades comuns”, o “sétimo ”capacitar mães e bebês a permanecerem juntos e a praticar o alojamento conjunto 24 horas por dia” e o nono passo “orientar as mães sobre o uso e riscos de mamadeiras, bicos e chupetas” (WHO, 2017).

Compreendendo em que contexto a maternidade de alto risco está inserida o que demanda a resolução de casos obstétricos complexos, isso justificaria a satisfação com o parto cesárea e a postergação para o contato com o recém-nascido, realidade essa que dificulta a prática do AM na primeira hora de vida.

No entanto para as mulheres em que foi oportunizado o contato pele a pele mesmo com o tempo inferior ao preconizado esse se mostrou favorável para a satisfação com o parto, assim como para o AMLD em ambas as maternidades. Esses dados corroboram com um estudo realizado em Hospital Universitário credenciado a IHAC, que associou o contato pele a pele entre mãe e filho como fator protetor para amamentação na primeira hora de vida após o parto (SILVA *et al*; 2018).

O incentivo ao AM é essencial para a humanização do cuidado e desenvolvimento saudável da díade mãe-filho. No presente estudo a satisfação

com o parto (91,1%) e AMLD (87,7%) foi preponderante em mulheres de risco habitual/intermediário em que seus bebês realizaram a sucção ao seio materno na sala de parto.

O contato pele a pele consiste no desenvolvimento e aplicação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, também compreendido como humanização no cuidado. O desenvolvimento dessa prática estimula o AM e favorece a satisfação com o parto, visto que o reconhecimento materno ao neonato logo após nascimento propicia vínculo, além dos inúmeros benefícios fisiológicos descritos na literatura como regulação e manutenção da temperatura corporal do RN, estabilidade cardiorrespiratória, colonização da pele do RN e melhor controle da glicose sanguínea do neonato (CAMPOS *et al*; 2020; SACO, *et al*; 2019, RITTER *et al*; 2020).

Uma pesquisa conduzida na capital mato-grossense analisou a associação das práticas assistenciais prestadas por profissionais da área obstétrica com os níveis de bem-estar materno, e destacou a satisfação materna com contato pele a pele, sendo essa prática estatisticamente significativa. (ALVARES *et al*; 2020). A satisfação materna é essencial para promoção do cuidado. Assim, as diretrizes de humanização do parto e nascimento estimulam o nascimento saudável, o respeito e autonomia da mulher como protagonista do parto. O fortalecimento dessas práticas visa a superação de um modelo intervencionista.

O suporte ao desenvolvimento e aplicação das práticas humanizadas consiste no profissional de saúde. Este estudo evidenciou que todas as medidas de orientações relacionadas ao AM, assim como o apoio profissional, foram primordiais para manutenção do AMLD no AC. Neste mesmo sentido, pesquisa realizada no estado Alagoas verificou que 74,9% das puérperas receberam informações sobre o AM no hospital (TENÓRIO; MELLO; OLIVEIRA; 2018). Outro estudo de coorte realizado anteriormente em uma instituição de risco habitual/intermediário já demonstrava maior percentual de orientação ao AM no alojamento conjunto (BAUER; FERRARI; CARDELLI; HIGARASHI; 2019).

Esses achados revelam que ao longo dos anos as práticas de atenção humanizadas estão sendo incorporadas pelas instituições avaliadas. Ensaio clínico randomizado e controlado realizado em hospital privado comprovou a eficácia da orientação com estímulos verbais, visuais e táteis do AM com o

aumento do percentual do AME (SOUZA; PINA-OLIVEIRA; SHIMO; 2020). Essa estratégia pode ser somada aos esforços já presentes nas maternidades em estudo contribuindo para a aprendizagem significativa do AM e efetividade das orientações ofertadas.

Ainda que um percentual pequeno de mulheres mencionou insatisfação com o parto em ambas as maternidades, é necessário pontuar que a ofensa e o desrespeito profissional, a falta de privacidade no parto e a manobra Kristeller foram mencionadas como motivos de insatisfação materna.

Esses aspectos denotam a persistência de práticas desumanizadas, intervencionistas e contra indicadas como a manobra de Kristeller, que representam a violência obstétrica e institucional (KATZ *et al*; 2020). Pesquisa realizada em hospital escola de Recife apontou que 89% das mulheres assistidas sofreram algum tipo de práticas consideradas prejudiciais ou desnecessárias (ANDRADE *et al*; 2016). Um estudo integrante da pesquisa “Sentidos do Nascer” verificou que 12,6% de violências obstétricas foram subestimadas. As mulheres submetidas a procedimentos selecionados como marcadores assistenciais de violência na atenção ao parto que não identificaram estas práticas, 21,7% sofreram manobra de Kristeller e 22,0% não tiveram contato pele a pele imediato (LANSKY *et al*; 2019).

A existência de práticas intervencionistas na assistência ao parto e ao nascimento compromete o nascimento saudável e seguro, posterga o contato pele a pele e a sucção ao seio materno na primeira hora de vida, influenciando na satisfação materna com o parto e prejudicando a adesão ao AM.

## **CONCLUSÃO**

Os achados do presente estudo permitem concluir que a satisfação materna com o parto favoreceu o AMLD, medidas humanizadas de cuidados como o contato pele a pele e a sucção em sala de parto também foram ações essenciais para adesão ao AMLD no alojamento conjunto. Portanto, as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento são estratégias efetivas e necessária para sucesso do AM.

## REFERÊNCIAS

Alvares Aline Spanevello, Corrêa Áurea Christina de Paula, Nakagawa Janete Tamami Tomiyoshi, Valim Marília Duarte, Jamas Milena Temer, Medeiros Renata Marien Knupp. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 06] ; 54: e03606. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342020000100449&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342020000100449&lng=en). Epub Sep 07, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018039003606>.

Andrade Priscyla de Oliveira Nascimento, Silva Jéssica Queiroz Pereira da, Diniz Cinthia Martins Menino, Caminha Maria de Fátima Costa. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Nov 07] ; 16( 1 ): 29-37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en). <https://doi.org/10.1590/180693042016000100004>.

Bauer DFV, Ferrari RAP, Cardelli AAM, Higarashi IH. Orientação profissional e aleitamento materno exclusivo: um estudo de coorte. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 07 de nov 2020]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56532>.

Campos Paola Melo, Gouveia Helga Geremias, Strada Juliana Karine Rodrigues, Moraes Bruna Alibio. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 06] ; 41( spe ): e20190154. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472020000200417&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472020000200417&lng=en). Epub Apr 30, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>.

Coca Kelly Pereira, Pinto Vânia Lopes, Westphal Flavia, Mania Pâmilla Nayara Alves, Abrão Ana Cristina Freitas de Vilhena. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Rev. paul. pediatri.* [Internet]. 2018 June [cited 2020 Nov 04] ; 36( 2 ): 214-220. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010305822018000200214&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822018000200214&lng=en). Epub Apr 23, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00002>.

Katz Leila, Amorim Melania Maria, Giordano Juliana Camargo, Bastos Maria Helena, Brilhante Aline Veras Moraes. Quem tem medo da violência obstétrica?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2020 June [cited 2020 Nov 07] ; 20( 2 ): 623-626. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292020000200623&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292020000200623&lng=en). Epub Aug 05,2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>.

Lansky Sônia, Souza Kleyde Ventura de, Peixoto Eliane Rezende de Moraes, Oliveira Bernardo Jefferson, Diniz Carmen Simone Grilo, Vieira Nayara Figueiredo et al . Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Nov 07] ; 24( 8 ): 2811-2824. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232019000802811&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000802811&lng=en). Epub Aug 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP. Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3364. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 04] ; 28: e3364. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692020000100409&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692020000100409&lng=en). Epub Sep 30, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>.

RIBEIRO, Polyana de Lima et al . Criação e validação de conteúdo visual de tecnologia educativa para aprendizagem da fisiologia da lactação. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 73, n. 6, e20190564, 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672020000600180&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000600180&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Nov. 2020. Epub Sep 07, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0564>.

Ritter Simone Konzen, Gonçalves Annelise de Carvalho, Gouveia Helga Geremias. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 06] ; 33: eAPE20180284.. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002020000100414&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100414&lng=en). Epub May 11, 2020. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0284>.

Saco Márcia Carneiro, Coca Kelly Pereira, Marcacine Karla Oliveira, Abuchaim Érika de Sá Vieira, Abrão Ana Cristina Freitas de Vilhena. Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 29] ; 28: e20180260. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072019000100391&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100391&lng=en). Epub Dec 02, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0260>.

Silva Catarine S., Lima Marília C., Sequeira-de-Andrade Leopoldina A.S., Oliveira Juliana S., Monteiro Jailma S., Lima Niedja M.S. et al . Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida,. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Nov 04] ; 93( 4 ): 356-364. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572017000400356&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572017000400356&lng=en). <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>.

Silva Cristianny Miranda e, Pellegrinelli Ana Luiza Rodrigues, Pereira Simone Cardoso Lisboa, Passos Ieda Ribeiro, Santos Luana Caroline dos. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 May [cited 2020 Nov 07] ; 22( 5 ): 1661-1671. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002501661&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501661&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>.

Silva Juliane Lima Pereira da, Linhares Francisca Márcia Pereira, Barros Amanda de Almeida, Souza Auricarla Gonçalves de, Alves Danielle Santos, Andrade Priscila de Oliveira Nascimento. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 06] ; 27( 4 ): e4190017. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072018000400325&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400325&lng=en). Epub Jan 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.

Silva LAT, Fonseca VM, Oliveira MIC, Silva KS, Ramos EG, Gama SGN. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 08] 2020;73(2):e20180448. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>

Silva, Ana Lúcia Andrade da et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 12 [Acessado 3 Novembro 2020], e00175116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00175116>>. Epub 18 Dez 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175116>.

Souza EFC, Pina-Oliveira AA, Shimo AKK. Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3335. [Access nov 07 2020]; Available in: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt\\_0104-1169-rlae-28-e3335.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3335.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>.

Tenório, Micaely Cristina dos Santos, Mello, Carolina Santos e Oliveira, Alane Cabral Menezes de. Fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar em uma maternidade pública de Maceió, Alagoas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 11 [Acessado 7 Novembro 2020] , pp. 3547-3556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25542016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25542016>.

World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, 2017.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com a abordagem de método misto. Embora o método venha sendo descrito desde a década 1980, sua aplicação principalmente nacional na área da enfermagem, emergiu nos anos 2000, portanto os achados pertinentes a pesquisa colaboram para qualificação e expansão do método em pesquisa na área, bem como amplia a compreensão do fenômeno em estudo.

Os resultados da pesquisa permitiram refletir que mesmo após anos de incentivo e recomendações de boas práticas obstétricas pela OMS e ações de programas como a RMP, práticas desnecessárias e intervencionistas continuam ocorrendo na assistência. A resistência do serviço de saúde e por parte dos profissionais refletem em uma prática por vezes desumanizada e desnecessária, em mulheres sem intercorrências obstétricas e recém-nascidos com boas condições de vitalidade.

Faz-se necessário salientar que outros aspectos positivos merecem destaque na pesquisa como o contato pele a pele e a sucção em sala de parto que foram ações essenciais para a adesão ao aleitamento materno no alojamento conjunto. Assim, salienta-se que as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento são estratégias efetivas e necessárias para um desfecho seguro e saudável do parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

Barreto JOM, Bortoli MC, Luquine Jr. CD, Oliveira CF, Toma TS, Ribeiro AAV, et al. Barreiras e estratégias para implementação de Diretrizes Nacionais do Parto Normal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e120. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.120>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno infantil. Programa nacional de saúde materno infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

BUGS, T.V; CALDEIRA, S; MACHINESKI, G.G; FIEWSKI, M.F.C; BUGS, B.M; TACLA, M.T.G.M; SILVA, R.M.M. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no programa rede mãe paranaense. *Santa Maria*, v. 42, n.2, p. 185-194, jul./dez. 2016.

Carvalho, Elisabete Mesquita Peres de et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 6 [Acessado 19 Novembro 2020], pp. 2135-2145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. de S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 65, n. 2, p. p. 227-244, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v65i2.581. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 15 fev. 2021.

Frank, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 109 [Acessado 21 Novembro 2020] , pp. 163-174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>.

LAMOUNIER, Joel Alves et al . Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev. paul. pediatri.*, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 486-493, Dec. 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010305822019000400](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822019000400)>

486&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2020. Epub June 19, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004>.

WHO, & UNICEF. (2017). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2017 implementation guidance. Department of Nutrition for Health and Development World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Leal, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 7 [Acessado 19 Novembro 2020], e00223018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.

Leal, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 19 Novembro 2020], pp. 1915-1928. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.

LOPES, Giovanna De Carli et al . Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, e3139, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692019000100327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100327&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Nov. 2020. Epub Apr 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr. CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e132. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MAGALHAES, Ana Maria Müller de; MISUEMATSUDA, Laura. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 27, n. 2, e0560017, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200323&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Nov. 2020. Epub June 21, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>.

PEITER, Caroline Cechinel et al . Teoria fundamentada nos dados: utilização em artigos de revistas brasileiras de enfermagem com Qualis A. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20180177, 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072020000100309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100309&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Nov. 2020. Epub Dec 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0177>.

RESENDE, Maria Tainara dos Santos; LOPES, Denise Semirames; BONFIM, Elisiane Gomes. Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública. *Rev.*

Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 20, n. 3, p. 863-870, Sept. 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292020000300863&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000300863&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Nov. 2020. Epub Oct 30, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000300011>.

Santos, Daiane Ribeiro dos et al. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. Saúde em Debate [online]. v. 44, n. 124 [Acessado 19 Novembro 2020] , pp. 70-85. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al . Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 52, e03303, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342018000100600&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100600&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Nov. 2020. Epub Apr 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al . Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 26, n. 3, e1590016, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072017000300330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300330&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.

SANTOS, Jose Luis Guedes dos et al . Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160056, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452016000300201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000300201&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Nov. 2020. Epub June 07, 2016. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SILVA GWS, ENDERS BC, SOUSA FGM, SENA JS, SANTOS RC, SILVA AB. Teoria fundamentada nos dados em teses e dissertações da enfermagem brasileira. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(4):e3870017.

SANTOS, DAIANE RIBEIRO dos et al. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. Saúde em Debate [online]. v. 44, n. 124 [Acessado 21 Novembro 2020] , pp. 70-85. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405>.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná: Sesa, 2018. [acesso em 2020 nov 20]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf).

Baggio MA, Pereira FDC, Guimarães ATB, et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré- -natal em uma regional de saúde. Cogitare

Enferm. [internet]. 2016 [acesso em 2020 nov 20]; 21(3):1-10. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826007>.

Netto A, Silva RMMD, Santos MF, et al. Mortalidade Infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em regional de saúde do Paraná. Cogitare Enferm. [internet]. 2017 [acesso em 2020 nov 21]; 22(1):01-08. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483654742008>.

Demiti JMG, Gasquez ADSA. Rede Mãe Paranaense: análise comparativa da mortalidade materno infantil entre estado e município. Revista Uningá Review [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov 21]; 30(1):6-10. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2006/1600>.

Rocha RRM, Caldeira S, França AFO, et al. Percepção de médicos sobre a implantação e desenvolvimento do programa rede mãe paranaense. Rev. Pesq. Qualit. [internet]. 2017 [acesso em 2020 nov 21]; 5(7):143- 167. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/48/69>.

Rocha RRM, Ferreira AFO, Zilly A, et al. Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do Paraná. Ciência, Cuidado e Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov 21]; 17(1):1- 7. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39235/pdf>.

World Health Organization – WHO. Appropriate Technology for Birth, Lancet [Internet]. 1985[cited 2021 Fev 15];2(8452):436-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos

#### INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Número do Instrumento/Ficha..... (ordem para digitação)

Data da Entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Entrevistador(es):.....

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

Município do parto: ..... Hospital do parto:.....

Data Admissão: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Data Parto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Data ALTA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome da Puérpera: .....

Registro Hospitalar (**Prontuário**): .....

**LOCAL DE RESIDÊNCIA**

Endereço: ..... Nº: .....

Bairro: ..... Complemento:.....

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 Sócio-Demográficos		
1. Idade	anos.	Prontuário ( )
2. Raça/cor	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Prontuário
3. Situação conjugal	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Prontuário ( ) Entrevista ( )
4. Nº pessoas que moram na casa	.....pessoas	Entrevista
5. Grau parentesco moradores na casa	.....	Entrevista
6. Quem trabalha na casa (chefe família)	.....	Entrevista
7. Nº cômodos casa (exceto banheiro)	(1) um (2) dois (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7) .....	Entrevista
8. Nº de filhos (c/ <b>Atual</b> )	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) quatro (5) .....	Prontuário
9. Escolaridade MÃE	.....anos de estudo da <b>MÃE da criança</b> (1)Fundamental-Compl. (2)Fundamental-Incompl. (3)Médio Compl. (4)Médio-Incompl. (5)Superior-Compl. (6)Superior-Incompl. (7)sem escolaridade	Prontuário ( ) Entrevista ( )
10. Escolaridade PAI	.....anos de estudo da <b>PAI da criança</b> (1)Fundamental-Compl. (2)Fundamental-Incompl. (3)Médio Compl. (4)Médio-Incompl. (5)Superior-Compl. (6)Superior-Incompl. (7)sem escolaridade (8) Não sabe informar	Entrevista
11. Condição de Ocupação materna	(1) Remunerada <b>Qual profissão?</b> ..... (2) Não remunerada	Entrevista
12. Renda familiar	R\$......	Prontuário ( ) Entrevista ( )
13. Recebe Bolsa Família Bolsa Gestante ou outro	(1) Sim Qual(is)..... (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )
II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)		
14. Antecedentes Clínicos	(1) Não tem antecedentes (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (5) Diabetes Melitus (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Infecção do trato urinário (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Doença Mental (11) Artrite Reumatóide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) Obesidade (17) POT Cirurgia Bariátrica (18) outro..... (88) s/ registro	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
15. Foi orientada por profissional da saúde sobre os Antecedentes e Risco Gestacional	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
16. Faz acompanhamento médico especializado	(1) Sim Qual?..... (2) Não (99) Não se aplica	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
17. Faz uso de :	(1) cigarro (2) drogas (3) álcool (4) Narguile (5) Crack Quantos/dia: _____ Há quanto tempo: _____ (6) não faz uso - <b>VÁ para questão 20</b>	Prontuário ( ) Entrevista ( )

18. Abandonou o consumo (cigarro, drogas, álcool ou narguile) na gravidez	(1) Sim (2) Não Por quê? ..... (3) não faz uso	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
19. Diminuiu consumo (cigarro, drogas, álcool ou narguile) na gestação?	(1) Sim Para quantos? ..... (2) Não Por quê?..... (3) não faz uso	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
20. Alguém da casa em que você/filho mora faz uso de drogas <b>lícitas</b> (álcool, tabaco)	(1) Sim Quem? _____ (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
21. Alguém da casa em que você/filho mora faz uso de drogas <b>ilícitas</b> (maconha, crack, cocaína, etc)	(1) Sim Quem? _____ (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
22. Faz uso contínuo de Medicamentos	(1) Sim <b>(assinale a seguir os medicamentos)</b> (2) Não <b>VÁ para questão 24</b>	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 _____ (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
25. Você acha que sofreu algum tipo de violência doméstica durante a gestação? (Sofrida no domicílio/lar).	(1) Sim <b>(assinale a seguir o tipo de violência)</b> (2) Não <b>VÁ para item III questão 28</b>	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
26. Tipo de violência que sofreu	(1) Psicológica (xingamentos, ofensa como mulher/mãe, etc) (2) Física (tapas, golpes, empurrões, etc) (3) Sexual (sexo sem permissão) (4) Outra. Qual?	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
27. Se violência doméstica procurou ajuda?	(1) Sim Onde _____ (2) Não Motivo? _____ (3) não sofre violência doméstica	Prontuário ( ) Entrevista ( )			
<b>III. História da GESTAÇÃO ANTERIOR</b>					
28. Nº gestações anteriores	(1) Nenhuma gestação anterior - <b>VÁ para item IV questão 36</b> (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro (6) .....	Prontuário ( ) Cartão Pré-natal (CPN)			
29. Tipo de parto e ano de ocorrência	Ano	Parto Normal	Cesárea (Indicação/Motivo*)	Fórceps	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
Indicação/Motivo*					
(*: feto GIG (Gigante para Idade Gestacional); Distúrbio Funcional; PP (Placenta Prévia); DPP (Descolamento Prematuro Placenta); Feto Pélvico; Distúrbio de Progressão...)					

30. Aborto(s)	(1) Sim Qual tipo? _____ (2) Não Nº abortos: _____ IG: _____ Complicações (descrever):.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
31. Gravidez Molar	(1) Sim (Mola parcial , total, etc) (2) Não Qual? _____ Nº. _____ IG: _____ Complicações (descrever):.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
32. Gravidez ectópica	1) Sim Nº. _____ IG: _____ (2) Não Complicações (descrever):.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
33. Intervalo Interpartal < 1ano	(1) Sim <b>Motivo/causa:</b> ..... (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )
34. História obstétrica pregressa <b>anotada</b> no Cartão Pré-Natal	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
35. Doenças desenvolvidas ou adquiridas na gravidez anterior	(1) Não desenvolveu doenças (99) Não se aplica (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (5) Diabetes Melitus (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Lúpus eritematoso sistêmico (9) Doença Mental (10) Infecção do trato urinário (11) Artrite Reumatóide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) outro..... (88) s/ registro	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
<b>IV. Assistência Pré-Natal (GESTAÇÃO ATUAL)</b>		
36. Desenvolveu alguma doença durante <b>esta gestação</b>	(1) Não desenvolveu doenças (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Diabetes Melitus (5) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Doença Mental (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Artrite Reumatóide (11) Infecção do trato urinário (12) Sífilis (13) Distúrbios de coagulação (14) HIV (15) Trabalho Parto prematuro (16) outro.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
37. Realizou Pré-Natal	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	CPN ( ) Prontuário ( )
38. Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) ambulatório público especializado (3) Convênio /particular ( <b>não foi atendida pela Rede Mãe PR</b> ) (4) UBS + convenio/particular (5) UBS + ambulatório público especializado (6) Outro Qual?	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
39. Classificação Risco Gestacional no Pré-Natal	(1) Risco Habitual (RH) (88) s/ registro (2) Risco Intermediário (RI) Motivo:..... (3) Alto Risco (AR) Motivo:.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
40. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação Risco	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )
41. Se classificada gestação RI ou AR	(1) Continuou acompanhamento na UBS de origem (2) Não continuou Por quê? _____ (99) Não se aplica	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )

42. Durante Pré-Natal precisou ser encaminhada para algum especialista ou serviço especializado	(1) Sim Qual? _____ (2) Não	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
43. SE encaminhada ao serviço especializado qual tempo de espera	_____ dias /meses (99) não se aplica	Entrevista ( )
44. A gravidez foi planejada?	(1) O casal queria - VÁ para questão 46 (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria Se resposta 2, 3 ou 4 responda a questão a seguir	Prontuário ( ) Entrevista ( )
45. Comente sobre vivenciar uma gestação que não havia desejo do casal	..... ..... ..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( )
46. Método anticoncepcional utilizado quando ficou GRÁVIDA (ATUAL)	(1) Preservativo feminino (2) Preservativo masculino (3) Contraceptivo hormonal oral (4) DIU (5) contraceptivo Injetável (6) NÃO USAVA (7) Outro..... (99) Não se aplica	Entrevista( )
47. O método utilizado foi...	(1) Prescrito pelo médico (2) Escolha própria (3) outros..... (99) Não se aplica	Entrevista( )
48. QUAL método contraceptivo que estava usando quando engravidou	(1) Não estava usando porque queria engravidar (2) Estava usando, mas falhou/esqueceu de usar (3) não tinha conhecimento (4) não gosta (5) o parceiro não gosta (6) não tinha acesso (7) questões religiosa Quais? ..... (8) Não estava usando por outro motivo Qual?..... (9) uso de medicação que reduz efeito do anticoncepcional	Prontuário ( ) Entrevista ( )
49. Teve problemas com o anticoncepcional	(1) Sim (responda a questão 50 a seguir) (2) Não (99) não se aplica	Entrevista( )
50. Tipo de problemas com o método contraceptivo	<u>Contraceptivo de barreira:</u> (1) Utilizou durante todo o ato sexual (2) Estourou (3) Não sabia colocar (4) Outro..... <u>Contraceptivo hormonal:</u> (5) Não tomava todos os dias no mesmo horário (6) Não tomou as injeções nas datas marcadas (7) Esqueceu algum dia (8) Outro..... <u>Contraceptivo não hormonal (DIU):</u> (9) Mais de 10 anos de uso (10) Realizou ultrassonografia para confirmar posição (11) Outro..... <u>Endoceptivo (*Mirena):</u> (12) Mais de 5 anos de uso (13) Realizou ultrassonografia para confirmar posição (14) Outro..... <u>Contraceptivo definitivo (laqueadura ou vasectomia)</u> (11) Menos de três meses (12) Outro..... (99) não se aplica	Entrevista( )

51. Onde obteve informação sobre o método contraceptivo	(1) Profissionais de saúde (2) Internet (3) Escola (4) Amigos (5) Televisão ou rádio (6) Família (7) Parceiro (8) outros ..... (99) Não se aplica	Entrevista ( )
52. Na consulta de pré-natal na UBS fez cadastro SisPrenatal	(1) Sim - <b>responda a questão 53</b> (2) Não - <b>VÁ para questão 54</b> (3) <b>Não sabe informar</b> (99) Não se aplica	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
53. Profissional que fez a 1ª consulta na UBS e cadastro no Sis-Prenatal	(1) Enfermeiro (2) Técnico/Auxiliar de Enfermagem (3) Médico clínico geral (4) Médico ginecologista/obstetra (5) ACS (6) ..... (7) NÃO FEZ	CPN ( ) Entrevista ( )
54. DUM (Data última menstruação)	_____ / _____ / _____	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
55. Ultrasson Obstétrica (1º USG)	_____ / _____ / _____ Idade Gestacional: _____ semanas	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
56. Ultrasson Morfológica 2º trim	(1) sim (2) não Por quê?.....	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
57. Nº USG no 1º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro e mais (5) NÃO FEZ Motivo da realização de mais que 1 USG _____	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
58. Nº USG no 2º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro e mais (5) NÃO FEZ Motivo da realização de + que 1 USG _____	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
59. Nº USG no 3º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (5) NÃO FEZ Motivo da realização de + que 1 USG _____	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
60. Consulta com Odontologia	(1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) ≥5 (6) não fez - <b>responda a questão 61</b>	CPN ( ) Entrevista ( )
61. SE NÃO FEZ consulta odontológica no PN qual MOTIVO	(1) Falta de acesso (2) Não foi necessário (3) Não pode fazer devido a gravidez (4) Falta de dentista na unidade (5) outro.....	Entrevista ( )
62. Participou grupos gestantes Pré-natal	(1) Sim (2) Não por quê? ..... ( <b>VÁ para questão 68</b> )	Entrevista ( )
63. SE PARTICIPOU grupos no PN local foi	(1) na Unidade Básica de Saúde (2) na comunidade (3) outro..... (4) não participou	Entrevista ( )
64. SE NÃO PARTICIPOU grupos no PN qual MOTIVO	(1) Falta de oferta de grupo (2) Não considera necessário (3) Não pode fazer pelo trabalho (4) difícil acesso (distante) (5) Não pode fazer por ter outros filhos (6) outro.....	Entrevista ( )
65. Participar de grupos de gestante sanou suas dúvidas e/ou necessidades	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (3) não participou	Entrevista ( )
66. Se participou de grupos de gestante qual(is) profissional(is) orientou/ministrou a(s) palestra (s)	(1) enfermeiro (2) médico (3) nutricionista (4) psicólogo (5) educador físico (6) farmacêutico (7) fisioterapeuta (8) ACS (9) auxiliar/técnico de enfermagem (10) não participou (11) <b>Outros. Qual:</b> .....	Entrevista ( )

<p><b>67. Se participou de grupos de gestante</b> teve orientações ou palestras de quais assuntos (assinale 1 ou mais)</p>	<p>(1) Aleitamento Materno, manejo problemas p/a amamentar  (2) Alimentação durante a gestação  (3) Desenvolvimento do feto  (4) Tipo de parto e maternidade para o parto  (5) Uso de medicação na gestação  (6) Doenças na gestação  (7) Educação sexual e prevenção de DST (IST)  (8) Atividade física durante a gestação  (9) Mudanças físicas e emocionais na gravidez  (10) Sexo na gravidez  (11) Autocuidado e acompanhamento pós-parto  (12) Cuidados com o recém-nascido(banho, curativo umbilical, vestimenta, sono, cólica, icterícia, etc)  (13) Planejamento reprodutivo e Métodos contraceptivos  (14) Outro. Qual .....(15) não participou</p>	<p>Entrevista( )</p>																																																																																																								
<p><b>68. Na gestação buscou informação sobre gravidez, parto e bebê</b></p>	<p>(1) Sim (assinale a questão a seguir)  (2) Não Por quê?.....  ..... <b>(VÁ para questão 72)</b></p>	<p>Entrevista( )</p>																																																																																																								
<p><b>69. Qual(is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê</b></p>	<p>(1) Internet (2) mãe/sogra (3) amigas  (4) programa TV (5) livro/revistas (6) c/ enfermeiro  (7) com médico (8) outro profissional.....  (9) Outra fonte.....(99) Não se aplica</p>	<p>Entrevista( )</p>																																																																																																								
<p><b>70. Estas fontes sanou suas dúvidas e/ou necessidades</b></p>	<p>(1) Sim (99) Não se aplica  (2) Não Por quê?.....</p>	<p>Entrevista( )</p>																																																																																																								
<p><b>72. Assistência Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal)</b></p>	<p><b>Início do PN:</b> ( ) &lt; 14ª sem. ( ) 14ª - 27ª sem. ( ) &gt; 27ª sem.  <b>Nº de consultas:</b> ( ) 6 ou mais ( ) 3 a 5 ( ) 0 a 2</p>	<p>CPN ( )</p>																																																																																																								
<p><b>73. ASSINALE as informações no quadro ao lado conforme o registro no cartão de Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal - COUTINHO, 2010)</b></p> <p><b>IG:</b> Idade Gestacional  <b>AU:</b> Altura Uterina  <b>PA:</b> Pressão Arterial  <b>BCF:</b> Batimento Cardíaco fetal</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>IG</th> <th>AU</th> <th>PA</th> <th>Edema*</th> <th>Peso</th> <th>BCF</th> <th>Apresentação fetal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>2ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>3ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>4ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>5ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>6ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>7ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>8ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>9ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>10ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>11ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>12ª</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> </tbody> </table> <p>*Edema embora não conste no novo CPN consideramos um dado importante a ser registrado pelo profissional, portanto, verifiquem se há registro e se não tiver será um dado importante a ser analisado.  <b>OBS:</b>.....  .....  .....</p>		IG	AU	PA	Edema*	Peso	BCF	Apresentação fetal	1ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	2ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	3ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	4ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	5ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	6ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	7ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	8ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	9ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	10ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	11ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	12ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	<p>CPN ( )</p>
	IG	AU	PA	Edema*	Peso	BCF	Apresentação fetal																																																																																																			
1ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
2ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
3ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
4ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
5ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
6ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
7ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
8ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
9ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
10ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
11ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
12ª	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																																																																																																			
<p><b>74. FEZ exames Laboratoriais durante o Pré-Natal</b></p>	<p>(1) Sim  (2) Não Por quê ?.....  <b>(88)</b> Sem registro</p>	<p>CPN ( )  Entrevista ( )</p>																																																																																																								

75. Exames Laboratoriais durante o Pré-Natal por Trimestre Gestacional:			
1º Trimestre (4 – 12 sem)	2º Trimestre (13-21sem)	3º Trimestre (28-30sem)	
<input type="checkbox"/> Tipagem ABO/Rh <input type="checkbox"/> Coombs Indireto (Se Rh -) <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> TR HIV/Sorologia <input type="checkbox"/> Toxoplasmose ( )IgG ( )IgM <input type="checkbox"/> Urina I <input type="checkbox"/> Urocultura <input type="checkbox"/> TR Hepatite B/Sorologia <input type="checkbox"/> TR Hepatite C/Sorologia <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Eletroforese de hemoglobina <input type="checkbox"/> TR de Sífilis/Sorologia <input type="checkbox"/> FTA-ABS (Se TR reagente) <input type="checkbox"/> VDRL (se TR Reagente) Valor: ..... <b>(88) Sem registro</b>	<input type="checkbox"/> Coombs Indireto (Se Rh-) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose ( )IgG ( )IgM <input type="checkbox"/> Urina I <input type="checkbox"/> Urocultura <input type="checkbox"/> TTG (curva glicêmica) <input type="checkbox"/> TR HIV/Sorologia <input type="checkbox"/> TR de Sífilis/Sorologia <input type="checkbox"/> VDRL (se TR Reagente) Valor:..... <input type="checkbox"/> FTA-ABS (Se TR reagente) <input type="checkbox"/> Hemograma <b>(88) Sem registro</b>	<input type="checkbox"/> Coombs Indireto (Se Rh-) <input type="checkbox"/> TR HIV/Sorologia <input type="checkbox"/> Toxoplasmose ( )IgG ( )IgM <input type="checkbox"/> Urina I <input type="checkbox"/> Urocultura <input type="checkbox"/> TR Hepatite B/Sorologia <input type="checkbox"/> Hematócrito/Hemoglobina <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> TR Sífilis/Sorologia <input type="checkbox"/> VDRL (Se TR reagente) Valor: ..... <input type="checkbox"/> FTA-ABS (Se TR reagente) <b>(88) Sem registro</b>	CPN ( )
76. SE Sífilis reagente qual tratamento	.....		CPN ( ) Entrevista ( )
77. SE NÃO FEZ algum exame QUAL MOTIVO	(1) Exame não disponível (2) Exame não solicitado (3) Pré- natal início tardio (4) Outro.....		CPN ( ) Entrevista ( )
78. Outros exames ou avaliação	<input type="checkbox"/> Estreptococos Agalactae B ( ) Rubéola ( )..... (1) Positivo Qual?..... (2) Negativo <b>(88) Sem registro</b>		CPN ( )
79. SE Estreptococos Agalactae B POSITIVO qual o tratamento	.....		CPN ( )
80. Se gestação ALTO RISCO coletou exames complementares	(1) Sim (2) Não Por quê?..... (contagem de plaqueta; dosagem de proteínas (urina de 24 horas); dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico; eletrocardiograma; ultrassom obstétrico com Doppler; cardiocardiografia anteparto)		CPN ( ) Entrevista ( )
81. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado <b>ADEQUADO</b> (preenche <b>TODOS</b> os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros). <b>INADEQUADO</b> (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial. <b>INTERMEDIÁRIO</b> : é definido pelas demais associações.		DIGITADOR
82. Exame das mamas	(1) Sim (2) Não Motivo?..... <b>(88) Sem registro</b>		CPN ( ) Entrevista ( )
83. Vacinação anti-tetânica (DTPA)	(1) Sim (2) Não Motivo?..... <b>(88) Sem registro</b>		CPN ( ) Entrevista ( )
84. Vacinação Anti-hepatite B	(1) completo (2) incompleto - Motivo?..... (3) não fez - Motivo?.....		CPN ( ) Entrevista ( )
85. Vacina de gripe (H1N1)	(1) Sim (2) Não Motivo?..... <b>(88) Sem registro</b>		CPN ( ) Entrevista ( )

86. Coleta de Citologia Oncótica	(1) Colhido preventivo no pré-natal (2) Não realizou (3) colheu antes da gravidez num período menor de 1 ano	CPN ( ) Entrevista ( )
87. Usou ácido fólico	(1) Sim (2) Não Motivo?.....	CPN ( ) Entrevista ( )
88. Usou sulfato ferroso (SFe)	(1) Sim (2) Não Motivo?.....	CPN ( ) Entrevista ( )
89. Quem indicou o ácido fólico ou SFe	(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Farmacêutico (4) por conta própria (5) outro.....	Entrevista ( )
90. Durante a gestação desejava amamentar	(1) sim (2) não Por quê? .....	Entrevista ( )
91. Durante a gestação você se preparou para amamentar seu filho	(1) sim - <b>responda a questão 92 a seguir</b> (2) não Por quê? ..... <b>(VÁ para questão 93)</b>	Entrevista ( )
92. Como você se preparou para amamentar seu filho	..... ..... .....	Entrevista ( )
93. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência	(1) Sim Qual? .....	Entrevista ( )
94. Visitou a maternidade antes do parto	(1) Sim (2) Não Por quê? .....	Entrevista ( )
95. Na gestação apresentou intercorrência(s) que precisasse de atendimento de urgência e emergência	(1) Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual (2) Doenças clínicas (cardiopatias, endocrinopatias) (3) Trabalho de parto prematuro (4) Amniorrexe prematura (<37 semanas) (5) Sangramento de origem uterina (6) Isoimunização RhD (Rh -) (7) Placenta prévia (8) Outra..... (88) Sem registro (9) <b>sem intercorrências VÁ para questão 101</b>	CPN ( ) Prontuário ( )
96. SE INTERCORRÊNCIAS buscou qual serviço	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital (4) Não buscou (5) Consultório médico (convênio/particular) (6) outro serviço..... (99) não se aplica	Entrevista ( )
97. SE buscou serviço para a intercorrências foi encaminhada para outro serviço	(1) UPA (2) Hospital secundário (Risco Habitual e Intermediário) (3) Hospital terciário (Alto Risco) (4) outro serviço..... (5) Não buscou (99) Não se aplica	Entrevista ( )
98. SE ENCAMINHADA para outro serviço qual o tempo de espera	_____ horas/dias (99) não se aplica	Entrevista ( )
99. SE ENCAMINHADA para outro serviço necessitou de qual transporte	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro ..... (99) não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
100. COMO AVALIA o atendimento realizado na INTERCORRÊNCIA	(1) Rápido/Resolutivo (2) Demorado (3) outro..... (4) Não conseguiu atendimento (99) não se aplica	Entrevista ( )

101. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e o parto	(1) 0-15 dias (2) 16-30 dias (3) 31-45 dias (4) 46-60 dias (5) mais que 60 dias (6) não fez consulta	CPN ( ) Prontuário( ) Entrevista( )
102. Como considera o atendimento no Pré-natal	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique o por quê	Entrevista( )
103. Em algum momento dos atendimentos no PRÉ-NATAL se sentiu DESRESPEITADA por algum profissional	(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não VÁ para questão 106	Entrevista( )
104. SE você se sentiu desrespeitadaem algum dos atendimentos no PRÉ-NATAL responda	Qual tipo de desrespeito:..... ..... (99) não se aplica	Entrevista( )
105. SE se sentiu desrespeitadaem algum dos atendimentos no PRÉ-NATAL qual(is) profissional(is)	(1) enfermeiro (2) médico (3) nutricionista (4) psicólogo (5) educador físico (6) farmacêutico (7) fisioterapeuta (8) auxiliar/técnico de enfermagem (9) ACS (10) Outros. Qual: .....	Entrevista( )
<b>V. Condições da mulher na admissão na Maternidade (PRÉ-PARTO e TRABALHO DE PARTO)</b>		
106. De qual local você veio para a maternidade	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) AHC (6) Domicilio (5) Consultório médico (7) Outro.....	Prontuário( ) Entrevista( )
107. Tempo de início dos sintomas e decisão para procurar hospital	Tempo de .....minutos/horas (99) não se aplica	Entrevista( )
108. Tipo de transporte utilizado para vir para maternidade	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro..... (99) não se aplica	Prontuário( ) Entrevista( )
109. Transporte até a maternidade durou	Tempo de .....minutos/horas (99) não se aplica	Prontuário( ) Entrevista( )
110. Ao chegar na maternidade tempo de espera do atendimento	.....minutos/horas para atendimento equipe enfermagem .....minutos/horas para atendimento médico (99) não se aplica	Prontuário( ) Entrevista( )
111. Classificação Risco Gestacional na admissão	(1) Risco Habitual (RH) (88) S/registro (2) Risco Intermediário (RI) Motivo:..... (3) Alto Risco (AR) Motivo:.....	CPN ( ) Prontuário( )
112. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação de Risco	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista( )
113. FEZ Teste rápido para HIV	(1) Sim (2) Não	Prontuário( )
114. FEZ Teste rápido Sífilis	(1) Sim (2) Não	Prontuário( )
115. Peso corporal de entrada	Peso:_____Kg Altura:_____cm IMC: (88) S/registro	Prontuário( )

116. Peso anterior à gravidez	Peso: _____ Kg (88) S/registro	CPN ( ) Prontuário ( ) Entrevista ( )
117. Alteração dos sinais vitais	(1) Sim Qual(is)..... (2) Não (88) S/registro	Prontuário ( )
118. Ausculta de BCF (FC bebê) no pré-parto	(1) Sim Nº vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/ registro	Prontuário ( )
119. Cardiotocografia	(1) Sim (2) Não Por que?..... (88) S/ registro	Prontuário ( ) Entrevista ( )
120. Dilatação cervical	_____ cm. (88) S/registro	Prontuário ( )
121. Dinâmica uterina	(1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário ( )
122. Estado das membranas	(1) Íntegra (2) Rota (88) S/ registro	Prontuário ( )
123. Sangramento vaginal	(1) presente Tempo entre início e conduta..... min./horas (2) ausente (88) S/ registro	Prontuário ( )
124. Características do líquido amniótico	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (88) S/ registro	Prontuário ( )
125. Banho relaxamento	(1) Sim (2) Não (88) S/ registro (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
126. Uso de bola ou assento ativo	(1) Sim (2) Não (88) S/ registro (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
127. Uso de musicoterapia	(1) Sim (2) Não (88) S/ registro (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
128. Uso massagem para alívio da dor	(1) Sim (2) Não (88) S/ registro (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
129. Uso medicação para alívio da dor	(1) Sim Qual: ..... (2) Não	Prontuário ( ) Entrevista ( )
130. Outros métodos não farmacológicos alívio da dor (repouso, escalda pés, banheira)	(1) Sim Qual: ..... (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
131. Condução momento do parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
132. Indução no trabalho de parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
133. Uso de misoprostol	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
134. Ausculta de (BCF) no parto	(1) Sim Nº vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/ registro	Prontuário ( ) Entrevista ( )
135. Fisiometria (mau cheiro líquido amniótico)	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
136. Acesso venoso	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
137. Infusão de antibioticoterapia	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
138. Foi informada sobre o direito de ter um acompanhante	(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não	Entrevista
139. SE SIM, quando recebeu a informação	(1) Internação (2) Pré-parto (antes do parto) (3) Parto (4) Puerpério (5) outro.....	Entrevista
140. Teve acompanhante no pré-parto	(1) Sim (2) Não. Por que?.....	Entrevista ( )

141. Recebeu orientações de Trabalho Parto (TP) e Parto (P) <b>antes do parto</b>	(1) Sim <b>responda questão de 142, 143 e 144</b> (2) Não <b>VÁ para questão 145</b>	Entrevista ( )
142. Se SIM quem orientou	(1) Enfermeiro (2) Auxiliar/técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro _____	Entrevista ( )
143. 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 ( )
144. Se orientações antes do parto <b>recebeu todas as informações que desejava</b>	(1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada	Entrevista ( )
145. Você <b>ficou com alguma dúvida</b> sobre a internação, trabalho de parto e parto	(1) Sim Qual(is)?..... ..... ..... (2) Não	Entrevista ( )
146. 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) <b>NÃO desenvolveu</b>	Prontuário ( )
147. Em algum momento do atendimento pré-parto se sentiu <b>desrespeitada</b> por algum profissional	(1) Sim Qual: _____ (2) Não <b>VÁ para questão 149</b>	Entrevista ( )
148. SE houve algum tipo de <b>desrespeito</b> <b>RELATE</b> o momento	..... ..... .....	Entrevista ( )
149. Em algum momento da internação algum profissional gritou c/ você	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )
150. Quando examinada foi informada que seria realizado toque vaginal	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )
151. Em relação aos toques vaginais você considera que foi	(1) necessária/suficiente para avaliação (2) excessiva para avaliação (3) outra .....(99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
152. Todas as vezes que realizaram o toque vaginal foi solicitado seu consentimento	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )
153. Os toques vaginais foram realizados por muitas pessoas	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )

154. Durante o trabalho de parto ingeriu líquidos	(1) Sim (2) Não Quanto tempo ficou sem ingerir líquido. .... horas (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
155. Durante o trabalho de parto recebeu algum tipo de alimento	(1) Sim (2) Não Quanto tempo ficou sem ingerir alimento..... horas (99) Não se aplica	Prontuário ( ) Entrevista ( )
156. Como considera o atendimento no PRÉ-PARTO	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito ou insatisfeito (4) Não sei <u>Se resposta 2 a 4 explique Por quê.....</u> .....	Entrevista ( )
<b>VI. Condições Maternas e do Recém-Nascido no PARTO</b>		
157. Tipo de rotura de membrana:	(1) Espontânea (2) Artificial (3) Bolsa rota na intersetão (88) S/ registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
158. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal Por quê?..... (2) Cesárea Por quê?.....	Entrevista ( )
159. Tipo de parto realizado	(1) Parto normal espontâneo (2) Cesárea (3) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)	Prontuário ( )
160. Se opção do parto da gestante diferente do parto realizado descreva o motivo	..... ..... ..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( )
161. 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.....	Prontuário ( )
162. Posição de parto	(1) Litotômica (2) Vertical (3) Lateral (4) Cócoras (5) Dorsal não litotômica (6) 4 apoios (7) Outro.....	Prontuário ( )
163. Foi realizado partograma	(1) Sim (2) Não	Prontuário ( )
164. Duração do TP no partograma	Início: _____ Término: _____ (88) S/registro (99) Não se aplica ( ) aberto para conclusão de cesária	Prontuário ( )
165. Quem realizou o parto	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf <sup>a</sup> (4) Enfermeiro ou R. enf <sup>o</sup> (5) Outro.....	Prontuário ( )
166. Se cesária qual Indicação registrada pelo obstetra	(1) Eletiva (2) iterativa (3) urgência (4) emergência (88) S/registro <b>Se resposta 1 a 4 descreva a justificativa médica na questão 166</b>	Prontuário ( )
167. Justificativa da cesária pelo obstetra	..... ..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
168. Se parto normal instrumental registro do obstetra	(1) urgência (2) emergência (88) S/registro (99) Não se aplica Por quê.....	Prontuário ( )
169. Se episiotomia o profissional comunicou o motivo	(1) Sim Qual motivo..... (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )
170. Se episiotomia o profissional concedeu o direito de recusar?	(1) Sim (2) Não Por quê..... (99) Não se aplica	Entrevista ( )

171. Se realizou parto normal. Quais são as condições do períneo	(1) Períneo íntegro (88) S/registro (99) Não se aplica (2) Laceração de 1º grau <b>sem</b> sutura (3) Laceração de 1º grau <b>com</b> sutura (4) Laceração de 2º grau <b>sem</b> sutura (5) Laceração de 2º grau <b>com</b> sutura (6) Laceração de 3º grau <b>sem</b> sutura (7) Laceração de 3º grau <b>com</b> sutura (8) Laceração de 4º grau <b>sem</b> sutura (9) Laceração de 4º grau <b>com</b> sutura	Prontuário ( )
172. Intercorrências intra-parto	(1) Sim <b>responda a questão 173</b> (2) Não <b>VÁ para questão 174</b>	Prontuário ( )
173. Tipo de Intercorrências intra-parto	(1) Distocia (2) Apresentação córmica (3) Prolapso de cordão (4) Eclâmpsia (5) Uso de sulf. Mg (6) DPP (7) Crise convulsiva (8) outra.....	Prontuário ( )
174. Intercorrências no quarto período (Greenberg - até 1ª hora pós-parto)	(1) Sim <b>responda a questão 175</b> (2) Não <b>VÁ para questão 176</b>	Prontuário ( )
175. 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.....	Prontuário ( )
176. A temperatura ambiente da sala de parto estava (ideal 26°C)	(1) adequada/agradável (2) fria/gelada (3) quente/abafada (4) não lembra (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( )
177. Na sala de parto imediatamente após o parto	(1) Foi colocado o bebê em contato pele a pele sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida (2) Foi colocado sob a mãe, porém envolvido em campo/tecido ou sobre a camisola da mãe (3) Não foi colocado Motivo.....	Prontuário ( ) Entrevista ( )
178. Sucção ao seio materno na sala de parto imediatamente após o parto	(1) primeira ½ hora (2) ½ a 1 hora (3) 1 a 2 hs (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
179. Na sala de parto quanto tempo o bebê ficou em contato pele a pele após o parto	.....minutos <b>(se tempo &lt; que 20 minutos responda a questão 180)</b>	Prontuário ( ) Entrevista ( )
180. Motivo para retirar o bebê do contato pele a pele <b>imediatamente pós-parto</b>	(1) você pediu para que retirasse o bebê (2) você teve alguma complicação ou intercorrência (3) o profissional retirou para procedimentos de rotina c/ o bebê (4) o bebê apresentou complicação ou intercorrência (5) outro.....(99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
181. Imediatamente pós-parto teve ajuda e orientação para amamentar	(1) Sim <b>responda questão 182</b> (2) Não Por que?..... <b>Se resposta Não - VÁ para a questão 183</b>	Entrevista ( )

182. SE teve ajuda e orientação para amamentar logo após parto qual profissional	(1) Médico ou R. médico (3) Enfermeira ou R. enf <sup>a</sup> (5) .....	(2) Médica ou R. médica (4) Enfermeiro ou R. enf <sup>o</sup> (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
183. Com relação ao PARTO em algum momento se sentiu <u>desrespeitada</u> por algum profissional	(1) Sim <b>responda a questão 184</b> (2) Não <b>VA para a questão 185</b>		Entrevista ( )
184. SE houve <b>algum tipo de desrespeito</b> <b>RELATE</b> este(s) momento(s)	..... ..... .....		Entrevista ( )
185. No momento do parto você acha que havia muitos profissionais presentes	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ( )
186. No momento do parto alguém empurrou sua barriga para ajudar o bebê nascer	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ( )
187. Em algum momento de sua internação você se sentiu ofendida por algum profissional	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ( )
188. Como considera o atendimento no PARTO	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique Por quê .....		Entrevista ( )
189. Índice Apgar 1º minuto	..... (valor de 0 a 10) (88) S/registro		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
190. Índice Apgar 5º minuto	..... (valor de 0 a 10) (88) S/registro		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
191. Peso do RN	_____gramas		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
192. Perímetro cefálico (PC)	_____cm		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
193. Perímetro torácico (PT)	_____cm		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
194. Estatura	_____cm		Prontuário ( ) Cartão Cça ( )
195. Idade gestacional ao nascer	_____semanas e _____dias		Prontuário ( ) Cartão Cça ( ) Decl. NV ( )
196. Idade gestacional avaliada conforme	(1) a DUM (2) com USG (3) o 1º exame físico Capurro (4) o 1º exame físico New Balard (88) S/registro		Prontuário ( ) (ficha sala de parto do RN)

197. Classificação Idade Gestacional	(1) <28 semanas (2) 28 a < 32 semanas (3) 32 a <37 semanas (4) >37semanas (5) 42 semanas e mais (88) S/registro	Pesquisador
198. O bebê nasceu com algum tipo de malformação	(1) Sim <b>responda questões de 199, 200 e 201</b> (2) Não <b>VÁ para questão 202</b>	Prontuário
199. Se nasceu com malformação foi detectado na gestação	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
200. Se malformação/síndrome foi orientada por algum profissional	(1) Sim Qual(is)? _____ (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
201. Se malformação foi encaminhado para especialidade?	(1) Sim Qual(is)? _____ (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
202. Realizado intervenções com o bebê imediatamente o nascimento (ex. VPP, RCP, aspiração, etc)	(1) Sim <b>responda a questão 203 a 206</b> Qual(is) ..... ..... (2) Não <b>VÁ para questão 207</b>	Prontuário ( )
203. Encaminhamento para unidade de internação neonatal	(1) Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) (2) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica (UTINP) (3) outro.....	Prontuário ( )
204. Motivo para encaminhamento para unidade de internação neonatal	(1) Eliminação de mecônio intra-parto (2) Problemas respiratórios Quais?..... (3) Problemas cardíacos Quais?..... (4) outros.....	Prontuário ( )
205. Durante a internação na UCI ou UTINP apresentou complicações quais	..... ..... .....	Prontuário ( )
206. Tempo internação na(s) unidade (s) neonatal(is)	(1) na UCI..... dias (2) na UTINP ..... dias	Prontuário ( )
<b>VII. Condições do Recém-Nascido e da Puérpera no ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)</b>		
207. Tempo de encaminhamento ao AC	(1) na ½ hora (2) ½ a 1 hora (3) 1 a 2 hs (4) ≥ 3 hs (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
208. Se RN < 37 sem. fez Canguru no AC	(1) Sim Quanto tempo após o parto: _____ (2) Não	Entrevista ( ) Prontuário ( )
209. Procedimentos de Rotina (banho, vacinas, etc) com RN foram realizados	(1) na ½ hora (2) ½ a 1 hora (3) 1 a 2 hs (4) ≥ 3 hs (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
210. Administração Vacina BCG	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
211. Administração Vacina anti hepatite B	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )

212. Administração Vitamina K	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
213. Administração de colírio	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
214. Realizado Teste do Pezinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
215. Realizado Teste do Olhinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
216. Realizado Teste do Coraçãozinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
217. Realizado Teste da Orelhinha	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ( )
218. Recebeu apoio e ajuda para executar 1 <sup>os</sup> cuidados do bebê	(1) Sim <b>responda a questão 219</b> (2) Não <b>VÁ para questão 220</b>	Entrevista ( )
219. SE SIM por qual profissional	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf <sup>a</sup> (4) Enfermeiro ou R. enf <sup>o</sup> (5) Outro..... (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
220. Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
221. Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo coto umbilical	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
222. Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e troca de fraldas	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
223. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
224. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
225. Conforto ou condições emocionais da puérpera	(1) tranquila – <b>VÁ para questão 228</b> (2) ansiosa (3) nervosa (4) com dor <b>Se resposta de 2 a 4 responda as questões 226 e 227</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
226. SE alteração das condições emocionais conhece o motivo	(1) Sim Qual? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )
227. SE alteração das condições emocionais da puérpera houve conduta da equipe	(1) Sim Qual? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ( )

228. Amamentação em livre demanda	(1) Sim (2) Não Por quê.....	Entrevista ( ) Prontuário ( )
229. Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê	(1) Sim <b>responda questão 230</b> (2) Não <b>VÁ para questão 231</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
230. <b>SE</b> recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5)..... (6) não recebeu	Entrevista ( ) Prontuário ( )
231. Foi orientada sobre as vantagens do AME à você e bebe	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Entrevista ( ) Prontuário ( )
232. O profissional observou e avaliou a mamada	(1) Sim (2) Não (99) não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
233. Teve dificuldades para amamentar?	(1) Sim, Qual?..... (2) Não <b>VÁ para questão 236</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
234. <b>SE dificuldades</b> para amamentar qual conduta da equipe	_____ _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
235. <b>SE dificuldades</b> para amamentar recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5)..... (6) não recebeu	Entrevista ( ) Prontuário ( )
236. Aspecto das mamas	(1) Flácidas (2) Túrgidas (3) Ingurgitadas (4) não sabe (5) outra.....	Entrevista ( ) Prontuário ( )
237. Fissura nos mamilos	(1) Sim <b>responda questões 238 e 239</b> (2) Não <b>VÁ para questão 240</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
238. <b>SE fissura</b> nos mamilos qual a conduta da equipe	_____ _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
239. <b>SE fissura</b> nos mamilos recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5)..... (6) não recebeu	Entrevista ( )
240. Houve necessidade de ordenhar mamas	(1) Sim <b>responda as questões de 241 a 243</b> (2) Não <b>VÁ para questão 244</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
241. <b>SE necessidade de ordenha</b> quando realizada pela 1ª vez	(1) 1º dia pós-parto (2) 2º dia pós-parto (3) outro período. Qual?..... (4) Não foi realizado	Entrevista ( ) Prontuário ( )
242. <b>SE ordenha</b> recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5)..... (6) não recebeu	Entrevista ( ) Prontuário ( )
243. <b>SE necessidade de ordenha</b> realizada em qual setor	(1) na própria maternidade (2) teve que ordenhar sozinha (3) foi encaminhada para o Banco de Leite (4) outro..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )

244. Foi orientada como manter a lactação, mesmo que seu filho não esteja sugando (UCI, etc)	(1) Sim <b>responda a questão 245</b> (2) Não <b>VÁ para questão 246</b> (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
245. SE recebeu orientação em como manter a lactação por qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3) outro .....(4) não recebeu	Entrevista( )
246. Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, sobre a importância AME	(1) Sim <b>responda a questão 247</b> (2) Não <b>VÁ para questão 248</b> (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
247. SE orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, sobre a importância do AME por qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3).....(4) não recebeu	Entrevista( )
248. Foi orientada a não utilização de chupetas/mamadeira	(1) Sim <b>responda a questão 249</b> (2) Não <b>VÁ para questão 250</b> (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
249. SE orientada a não utilização de chupetas/mamadeira por qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3).....(4) não recebeu	Entrevista( )
250. Foi orientada a oferecer leite materno com xicaras ou copos pequenos, caso tenha problemas para amamentar	(1) Sim <b>responda a questão 251</b> (2) Não <b>VÁ para questão 252</b> (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
251. SE a oferecer leite materno com xicaras ou copos pequenos, caso tenha problemas para amamentar por qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3).....(4) não recebeu	Entrevista( )
252. Seu bebe recebeu complemento (leite artificial) nas primeiras horas após nascimento	(1) Sim Motivo..... (2) Não (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
253. Foi orientada sobre a doação de leite para banco de leite	(1) Sim (2) Não (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
254. Teve acompanhante no AC	(1) Sim (2) Não. Por que?_____	Entrevista( )

255. Recebeu informações sobre o direito ao acompanhante	(1) Sim <b>responda a questão 256</b> (2) Não <b>VÁ para questão 257</b>	Entrevista
256. SE recebeu a informação qual profissional falou sobre direito do acompanhante	(1) enfermeiro (2) auxiliar/técnico de enf. (3).....(4) não recebeu	Entrevista
257. O bebê apresentou alguma intercorrência clínica no AC (ex. DOR, icterícia, infecção, problema respiratório, hipoglicemia, etc)	(1) Sim <b>responda as questões 258 e 259</b> Qual(is)..... ..... (2) Não - <b>VÁ para questão 260</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
258. SE bebê apresentou intercorrência clínica no AC quais as condutas	_____ _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
259. SE intercorrência com bebê clínica encaminhado p/a	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo. ....dias (3) outro..... - tempo..... dias (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
260. A puérpera apresentou alguma intercorrência clínica no AC	(1) Sim <b>responda as questões 261 e 262</b> Qual(is)..... ..... (2) Não - <b>VÁ para questão 263</b>	Entrevista ( ) Prontuário ( )
261. SE puérpera apresentou intercorrência clínica no AC quais as condutas	_____ _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
262. SE intercorrência clínica com puérpera encaminhado p/a	(1) UTI - tempo ..... dias (2) CC e UTI (3) CC e AC/maternidade - tempo..... dias (4) outro..... - tempo..... dias (99) Não se aplica	Entrevista ( ) Prontuário ( )
263. A alta ocorreu	(1) somente para puérpera <b>Motivo</b> ..... (2) somente para bebê <b>Motivo</b> ..... (3) para puérpera e bebê (4) outro.....	Entrevista ( ) Prontuário ( )
264. Foi realizada a contrarreferência para retorno puerperal e do bebê	(1) Sim <b>responda a questão 265</b> (2) Não	Entrevista ( ) Prontuário ( )
265. Por qual profissional foi realizada a contrarreferência	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf <sup>a</sup> (4) Enfermeiro ou R. enf <sup>o</sup> (5) Outro.....	Entrevista ( ) Prontuário ( )

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Maternidade

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 com parecer favorável sob o número (...../2016) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você em três momentos para realizar entrevista: *primeiro* na maternidade; *segundo* visitando sua casa seis meses após o parto; *terceiro*, um ano e seis meses após o parto, todas as duas visitas iremos ligar para você 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](mailto:cep268@uel.br). Este termo deverá ser preenchido em

duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

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 em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador- RG

Cidade:.....-PR,.....de.....de 20.....

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Domicílio

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 com parecer favorável sob o número (...../2016) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você no domicílio e realizar uma **entrevista gravada** visitando sua casa seis meses após o parto ou um ano e seis meses após o parto, todas as duas visitas iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.

Iremos perguntar sobre como o serviço de saúde a acompanhou durante 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](mailto:cep268@uel.br). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

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 em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador- RG

Cidade:.....-PR,.....de.....de 20.....

## **APÊNDICE D**

### **Roteiro de Coleta de Dados Qualitativos**

**Fale-me sobre sua experiência ao vivenciar o trabalho de parto e parto.**

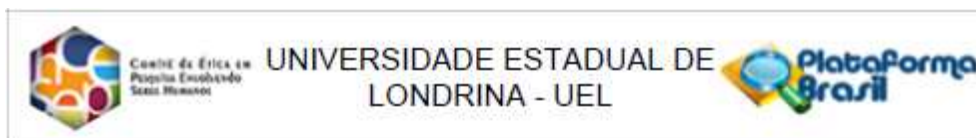
**A experiência do parto foi como você imaginou/planejou?**

**Fale-me como foi a assistência que recebeu após o nascimento do seu filho na maternidade.**

## ANEXOS

## ANEXO A

### APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



#### 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

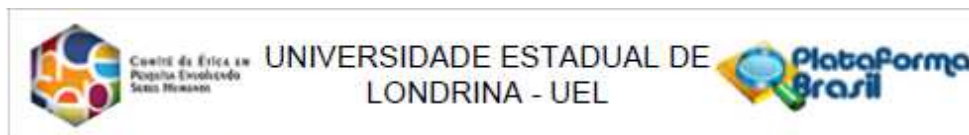
**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



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 visto 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. 488, 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	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Conselho 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_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela 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

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br