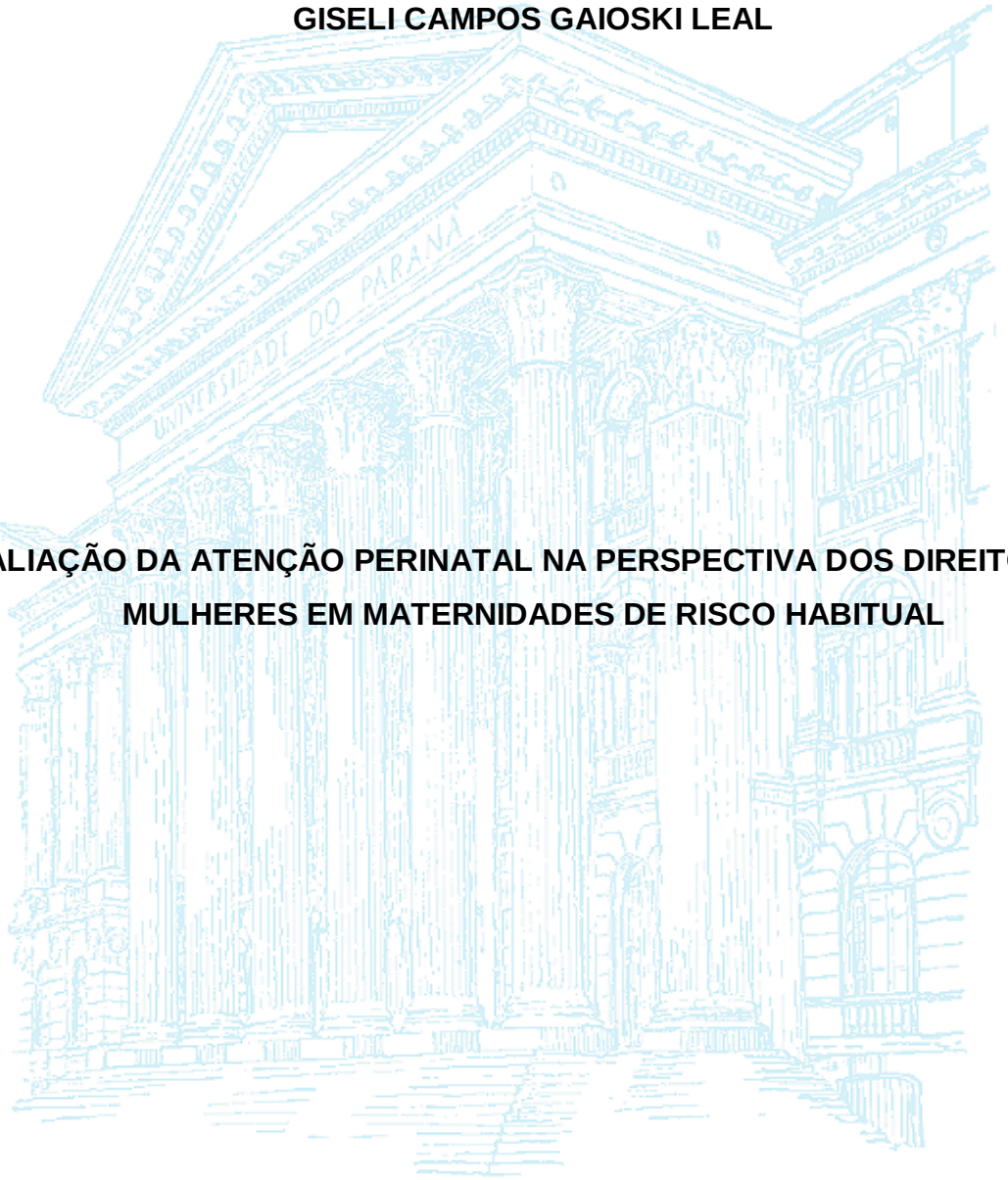
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELI CAMPOS GAIOSKI LEAL

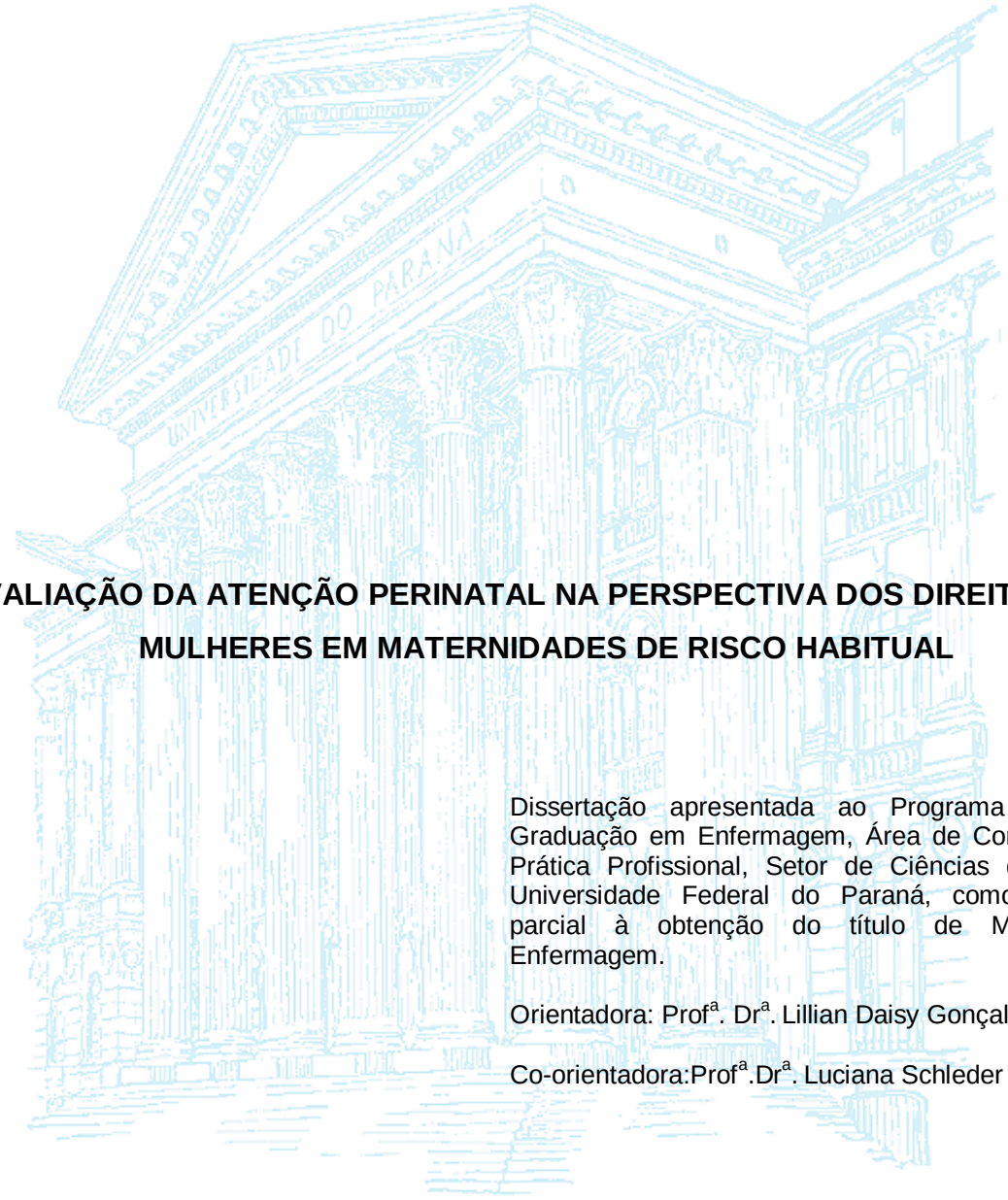


AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS DAS MULHERES EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL

CURITIBA

2014

GISELI CAMPOS GAIOSKI LEAL



AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS DAS MULHERES EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Co-orientadora:Prof[a].Dr[a]. Luciana Schleder Gonçalves

CURITIBA

2014

Leal, Giseli Campos Gaioski
Avaliação da atenção perinatal na perspectiva dos direitos das mulheres em maternidades de risco habitual / Giseli Campos Gaioski Leal – Curitiba, 2014.
145 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Coorientadora: Professora Dra. Luciana Schleder Gonçalves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Assistência perinatal. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Direitos da mulher. 4. Avaliação em saúde. 5. Avaliação de resultados da assistência ao paciente. I. Wolff, Lilian Daisy Gonçalves. II. Gonçalves, Luciana Schleder. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.24

TERMO DE APROVAÇÃO

GISELI CAMPOS GAIOSKI LEAL

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS DAS MULHERES EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração prática profissional de enfermagem, na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: _____
Profª. Drª. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

_____
Profª. Drª. Ivete Palmira SansonZagonel
Membro Titular: Faculdade Pequeno Príncipe

_____
Profª. Drª. Aida Maris Peres
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 17 de dezembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a DEUS, por toda força, sustentação e por ter colocado pessoas tão especiais em meus caminhos, que certamente sem elas, eu não teria dado conta!

Agradeço imensamente a minha querida orientadora Professora Doutora Lillian Daisy Gonçalves Wolff, por todos os ensinamentos, sempre gentil, incentivadora e pela colaboração inestimável. Já estou sentido falta!

À minha Co-orientadora Professora Doutora Luciana Schleder Gonçalves, muito obrigada por tudo.

À banca examinadora, constituída pelas Professoras Doutoras, Ivete Palmira Sanson Zagonel, Aida Maris Peres e Márcia Helena de Souza Freire, pela leitura minuciosa, pelas valiosas contribuições que possibilitaram a finalização deste estudo.

Ao meu marido Ricardo, a pessoa que escolhi para viver ao meu lado, e portanto essencial neste percurso. Sempre me incentivando e me fazendo acreditar que mesmo nos momentos mais difíceis eu seria capaz. Obrigada pela paciência, compreensão, companheirismo e por seu amor!

Aos meus filhos que amo tanto, Lucas e Isadora, desculpe pela ausência da mamãe! O que os filhos serão amanhã, isso depende antes de tudo do que os pais são hoje. Os pais não podem dar aos filhos o que eles mesmos não possuem (ALFONS BALBACH).

Aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por me terem ensinado a andar. A meu Pai (*in memoriam*), que onde quer que esteja nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim. Pai, meu amor eterno! À minha mãe, amor incondicional! Mãe, você que me gerou, e que, muitas vezes, renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu. Partilho com você a alegria deste momento.

À família Leal, pelo apoio e carinho. Mas em especial a minha querida mãe número dois, Dona Tereza, que é muito especial em minha vida e sempre me incentiva na conquista dos meus objetivos.

Ao meu amado irmão Bruno! À distância não nos separa. Seu coração está comigo e o meu com você.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, pela oportunidade de crescer e aos docentes pelo apoio e desenvolvimento profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pela disposição e acolhimento, para realizar esta pesquisa.

À gestão das maternidades, por viabilizar a pesquisa e concretizar meus objetivos. Meus sinceros agradecimentos!

Às mulheres, que no seu momento mais sensível, se dispuseram a participar e sem as quais não haveria subsídios para a realização desta pesquisa.

Aos colegas de turma, por partilharem as dificuldades e pelas amizades construídas.

Aos amigos conquistados neste mestrado, Pollyanna, Nayara e Fábio, que foram essenciais nesta trajetória. Pois sem o seu companheirismo o caminho ficaria muito mais árduo.

A minha amiga irmã Ana Paula Dezoti, mesmo que o destino tenha nos afastado, esteve sempre presente. Obrigada!

Aos meus amigos, vizinhos e família de Curitiba, Edivar, Andreia, Bruna e Luana, pela dedicação aos meus filhos, nos momentos da minha ausência. Minha eterna gratidão!

Agradeço a TODOS que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa.

RESUMO

LEAL, G.C.G. **Avaliação da atenção perinatal na perspectiva dos direitos das mulheres em maternidades de risco habitual**, 2014. 145 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba/Brasil. Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Co-orientadora: Profª. Drª. Luciana Schleder Gonçalves.

A Atenção Perinatal de qualidade, livre de danos e que minimize as chances de morte materna e infantil requer a garantia dos direitos das mulheres previstos nas políticas públicas de saúde brasileiras. Trata-se de pesquisa avaliativa, transversal, de abordagem quantitativa, realizada nas maternidades de risco habitual do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município do sul do Brasil. O objetivo foi avaliar a Atenção Perinatal na perspectiva das usuárias, com foco no atendimento de seus direitos. A amostra foi probabilística, baseada no número de partos realizados mensalmente em cada maternidade, em 2013. Constituiu-se de 95 participantes que tiveram parto normal sem intercorrências, internadas no Alojamento Conjunto com o seu recém-nascido. A pesquisa foi aprovada por Comitês de Ética da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde do município. A coleta de dados desenvolveu-se entre maio a julho de 2014, mediante entrevista estruturada ocorrida entre a 24ª e a 48ª hora após o parto, nas instalações das maternidades. Dados foram organizados em planilhas eletrônicas e procedeu-se à análise descritiva univariada. Resultados foram descritos e apresentados mediante tabelas, quadros e gráficos. Como parâmetros para avaliação dos processos da Atenção Perinatal foram utilizadas as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, recomendadas pela OMS e estabelecidos pela Rede Cegonha. As maternidades foram avaliadas conjuntamente e os resultados cogitados com o referencial teórico e literatura nacional e internacional correlata ao tema. Na maioria, as participantes são multíparas, sob união consensual, submetidas as seis consultas de pré-natal e contaram com o companheiro durante a gestação. Quanto aos direitos das mulheres, a maioria foi chamada pelo nome durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato; os profissionais de saúde se identificaram; elas receberam métodos não farmacológicos para o alívio da dor; foram incentivadas ao imediato contato cutâneo com o filho; receberam orientações e cuidados de profissionais da equipe de enfermagem. Entretanto, alguns direitos não foram garantidos à maioria, como a permissão à mulher escolher a posição e o local de parto, e o incentivo dos profissionais à amamentação na primeira hora pós-parto. Cuidados relativos ao aleitamento materno restringiram-se às mães, e houve pouca ênfase em orientações para incentivar o aleitamento seguro. Embora o atendimento nas maternidades pareça estar sob controle gerencial, somente as mulheres que foram atendidas podem revelar, realmente, como vivenciaram as práticas assistenciais na Atenção Perinatal. Contudo, deve-se analisar os resultados, cautelosamente, pois foram obtidos somente segundo a perspectiva de usuárias. Recomendam-se outras

pesquisas avaliativas com replicação do método. Os resultados podem ser úteis ao planejamento para melhoria contínua da Atenção Perinatal do SUS e das maternidades. Há necessidade de incorporação de critérios e normas baseados em evidências científicas atuais para a Atenção Perinatal na prática dos profissionais de saúde, bem como de monitoramento contínuo de indicadores assistenciais, contribuindo para a garantia do que é de direito das mulheres: um parto seguro, planejado e de qualidade.
Palavras-chave: Assistência perinatal. Políticas públicas de saúde. Direitos da mulher. Avaliação em saúde. Avaliação de resultados da assistência ao paciente.

ABSTRACT

LEAL, G.C.G. **Perinatal Care assessment in the perspective of women´s rights in usual-risk maternities**, 2014. 145 f. Dissertation [Master in Nursing] - Federal University of Parana, Curitiba / Brazil. Advisor: Prof. Dr. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Co-Advisor: Prof. Dr. Luciana Schleder Gonçalves.

A quality perinatal care free from hazards and that minimize the odds of maternal and newborn dealths demands that women rights – as they are stablished in public policies – are granted. This health evaluative research is a cross study, of quantitative approach, performed in usual risk maternity hospitals of the Unified Health System (SUS) in a Brazilian southern city. The aim was to evaluate the Perinatal Care in the perspective of users, focusing on women´s rights. The sample was probabilistic, based on the number of deliveries performed monthly in each maternity hospital in 2013. The total of 95 participants had vaginal delivery without complications, and they were admitted to the rooming in with your newborn. The study was approved both by the Federal University of Paraná and the Municipal Secretary of Health Committees on Ethics. Data collection was developed from May to July 2014, by structured interview that took place between the 24th and the 48th hour after the birth. Data were organized in spreadsheets and submitted to univariate descriptive analysis. Results were described and presented by tables, charts and graphs. The best practices of care during labor and birth recommended by WHO and established by Rede Cegonha were used as parameters for evaluation of the Perinatal Care processes. The maternity hospitals were jointly evaluated and the results were discussed based on the theoretical framework and the national and international literature related to the topic. Most participants are multiparous, live with their companion under consensual union, had six prenatal encounters and the presence of the partner during all pregnancy. According to the women's rights regarding labor, delivery and postpartum, most of them were called by their name during the process; health professionals presented themselves to the women; they received non-pharmacological methods for pain relief; they were encouraged to immediate to a skin contact with the child; received guidance and care by nursing team professionals. However, some rights were not granted to the majority of the participants, such as allowing the woman to choose the position and place of birth, and the encouragement of breastfeeding by professionals in the first hour after delivery. Breastfeeding care was only focused to mothers, and there was little emphasis on guidelines to encourage safe breastfeeding. Although care in hospitals appear to be under management control, only the women who received care can prove their experiencing of healthcare practices in Perinatal Care. However, results should be analyzed cautiously as they have been obtained only from the perspective of users. The authors recommend the development of evaluative researches with replication of the method used, and others from the perspective of other authors involved in perinatal care. The results may be helpful for planning for continuous improvement of Perinatal Care in maternity hospitals of SUS. There is a need to

incorporate criteria and standards based on current scientific evidences for Perinatal Care in the health professionals' practice, as well as the continuous monitoring of indicators of care. Finally, there will be a contribution to ensure that the rights of women can be: a safe vaginal delivery, planned and with quality.
Keywords: Perinatal care. Public health policies. Women's Rights. Health Evaluation. Patient Outcome Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI) – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 E 2010.....29

GRÁFICO 2 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 A 2010.....29

GRÁFICO 3 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 A 2010.....30

QUADRO 1 – AÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL 39

QUADRO 2 – AÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO.....40

QUADRO 3 – DIREITOS ASSEGURADOS À MULHER, EXTRAÍDOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....41

QUADRO 4 – CARACTERIZAÇÃO DE TIPOS DE AVALIAÇÃO SEGUNDO CRITÉRIOS SELECIONADOS..... 49

QUADRO 5 – NÚMERO DE PARTOS NORMAIS REALIZADOS EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM CURITIBA, 2013.....52

QUADRO 6 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS DAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....58

QUADRO 7 – INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS DAS PUÉRPERAS DAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n= 95).....60

QUADRO 8 – PRÁTICAS DEMONSTRADAS COMO ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS, AVALIADAS NA PESQUISA.....62

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS A QUEM FOI PERMITIDO ESCOLHER A POSIÇÃO PARA O PARTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....63
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÂO DE PROCEDIMENTOS QUE FORAM ORIENTADOS PELOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO NO PRÉ-PARTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR (n=52).....65
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PARA AS QUAIS FORAM DISPONIBILIZADOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....66
QUADRO 9 – DADOS REFERENTES AO CONTATO PELE A PELE IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO, AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA E TEMPO DE CONTATO PELE A PELE, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014.....67
TABELA 1 – FREQUÊNCIA RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS ÚTEIS QUE DEVEM SER ESTIMULADAS, DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PARTO E O NASCIMENTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95).....68
QUADRO 10 – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES QUE DEVEM SER ELIMINADAS, AVALIADAS NA PESQUISA.....69
TABELA 2 – FREQUÊNCIA RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PARTO E O NASCIMENTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95).....70
QUADRO 11 – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO EXPLÍCITA, AVALIADAS NA PESQUISA.....70
TABELA 3 – FREQUÊNCIA RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95).....71

QUADRO 12 – PRÁTICAS UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO NA ASSISTÊNCIA PERINATAL, AVALIADAS NA PESQUISA.....71
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM O EXAME DE TOQUE VAGINAL NA PERSPECTIVA DAS MULHERES, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....72
TABELA 4 – FREQUÊNCIA RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS IDENTIFICADAS COMO FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, 2014, (n=95).....73
TABELA 5 – FREQUÊNCIA RELATIVA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES QUANTO AOS CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PROFISSIONAIS QUE AS ORIENTARAM, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....73
TABELA 6 – FREQUÊNCIA RELATIVA DO ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES A CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PERÍODO DA AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PROFISSIONAIS QUE OS REALIZARAM, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95).....79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente comunitário de saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AL	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APEO	Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
BCF	Batimentos cardiofetal
BIS	Boletim do Instituto de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGB	Casa da Gestante, bebê e puérpera
CMCBN	Centro Médico Comunitário Bairro Novo
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DEAN	Delegacia Especializada à Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GAR	Gestação de Alto Risco
FEAES	Fundação Estatal de Atenção Especializada
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPPGPS	Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMVA	Hospital e Maternidade Vitor do Amaral
HPP	Hemorragia Pós-parto
HTLV	Vírus linfotrópico da célula humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa do Hospital Amigo da Criança -
IM	Intramuscular
LM	Leite Materno
MI	Mortalidade Infantil
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivo Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUBRASIL	Organização Nações Unidas do Brasil

PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PAR	Planos de Ação Regional
PHPN	Programa de Humanização Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PPH	Programa Padronização Hospitalar
PPP	Pré-natal, parto e puerpério
RC	Rede cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único da Saúde
T°	Temperatura
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDLR	Venereal Disease Research Laboratory
VO	Via Oral
VV	Via Vaginal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO.....iv
ABSTRACT......vi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....xi
1 INTRODUÇÃO.....16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....22
2.1 DIREITOS DA MULHER.....22
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER COM ÊNFASE NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.....25
2.2.1 Direitos das Mulheres na Atenção Perinatal.....37
2.3 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....43
2.4 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE.....45
3 MÉTODO.....50
3.1 TIPO DE ESTUDO.....50
3.2 LOCAL.....51
3.3 PARTICIPANTES.....52
3.3.1 Critérios de inclusão, exclusão, recrutamento e seleção.....53
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....54
3.5 COLETA DE DADOS.....55
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....56
4 RESULTADOS.....57

4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....57

4.2 INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS.....59

4.3 ANÁLISE DO ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E PUERPÉRIO NAS TRÊS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL.....61

4.3.1 Categoria A - relativa às práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas.....62

4.3.2 Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.....69

4.3.3 Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão.....70

4.3.4 Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.....71

4.4 CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO IMEDIATO.....74

4.5 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....77

5 DISCUSSÃO.....80

5.1 PERFIL DAS MULHERES.....80

5.2 INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS.....82

5.3 ATENDIMENTO DOS DIREITOS DAS MULHERES DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E PUERPÉRIO.....83

5.3.1 Categoria A - relativa às práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas.....83

5.3.2 Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.....89

5.3.3 Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão.....91

5.3.4 Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.....93

5.4 CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO IMEDIATO.....95

5.5 INCENTIVOS AO ALEITAMENTO MATERNO.....100

6 CONCLUSÃO.....107

REFERÊNCIAS.....113

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....132

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....134

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....136

ANEXOS.....142

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, a mulher tem ocupado espaços diferentes do homem na sociedade e, em diversos lugares do mundo, continua sendo vista como ser doméstico e também como objeto sexual. Esses antigos modelos sociais, porém atuais, favorecem a repressão do gênero feminino e continuam presentes na atualidade. Parecem estar relacionados à ideia da força física masculina em contraposição à forma como foram interpretadas as características físicas femininas e sua condição de reprodutora da espécie humana.

É provável que a explicação biológica que teorizou sobre a incapacidade racional e profissional da mulher tenha sua origem no período Paleolítico em que o vigor físico do homem favorecia a caça e a estrutura da mulher era mais apropriada para criação dos filhos e coleta de alimentos (TANAKA; MELO, 2001).

Apesar de ser recente, essa explicação biológica marca que no decorrer dos tempos, a mulher foi relegada a um segundo plano, enquanto o homem sedimentava-se como o único protagonista da História.

No século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, nas décadas de 30, 40 e 50 a mulher ainda era vista como mãe, cuidadora da família e da casa. Na década de 60, diversos países passaram a se preocupar com o controle da natalidade e assim, a atenção do Estado às mulheres ganhou destaque, principalmente àquelas em idade fértil.

Consequentemente, os programas que visavam ao controle da natalidade tiveram evidência no final da década de 70, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, as quais ficavam relegadas em segundo plano (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006), uma vez que priorizava-se somente a sua saúde reprodutiva.

No decorrer dos anos, as ações voltadas à Atenção Integral à Saúde da Mulher passaram a ser, de certa forma, prioridade na política de governo. E foi a partir de 1984, que o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Assistência

Integral a Saúde da Mulher (PAISM), após as manifestações de movimentos sociais e, especificamente, de mulheres, no contexto de redemocratização do país.

O programa passou a apresentar as diretrizes do movimento sanitário, tais como: descentralização; hierarquização e regionalização dos serviços. Foram incluídas em suas atividades ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, com vistas à assistência integral à saúde da mulher. As discussões sobre o cuidado evoluíram no sentido de atender às necessidades da mulher em todo seu ciclo de vida, com atendimento de ginecologia, à saúde sexual e reprodutiva da mulher, mas também incluindo outros aspectos relativos a sua vida social (BRASIL, 2011a).

Assim, em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), vinculado ao Ministério da Justiça, a fim de promover políticas que diminuíssem a discriminação contra a mulher, contemplassem a garantia de sua participação em atividades políticas, econômicas e culturais do país (BRASIL, 2008).

Entretanto, no ano de 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e melhorar o acesso e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Finalmente, no ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade; universalidade e equidade, e incluiu, ainda, a discussão de gênero. A partir desses princípios e de demandas reconhecidas, o PNAISM visava promover a melhoria das condições de vida e a saúde das mulheres; garantir os direitos; ampliar o acesso aos serviços de promoção e assistência à saúde; prevenir e recuperar agravos (BRASIL, 2011a).

Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza um novo modelo de atenção de âmbito nacional operacionalizado pelo SUS e instituído pelo Artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Intitulado Rede Cegonha (RC), trata-se de uma rede de cuidados que objetiva garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo, e à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e puerpério, mas

também assegurar o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2011b).

A RC deve ser organizada nas unidades federativas e respectivos municípios de maneira a viabilizar ações de atenção à saúde materna e infantil que contemplem as necessidades desse segmento populacional, deve se dar mediante a articulação dos serviços de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde.

Esse modelo de atenção está fundamentado nos princípios da humanização da assistência. O modelo segue os seus antecedentes buscando garantir os direitos assegurados à mulher, ao recém-nascido (RN) e à criança; ampliar o acesso; acolhimento e qualidade da atenção pré-natal; subsidiar o transporte de urgência e emergência; promover a realização de vinculação da gestante a uma instituição de referência para assistência ao parto; incentivar a realização de parto e nascimento seguros, por meio da utilização de boas práticas de atenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996); apoiar a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; garantir o acesso ao planejamento reprodutivo; e assistência de qualidade e resolutiva à criança de zero a 24 meses de vida (BRASIL, 2011b).

A proposição da RC explica que quando totalmente implantado este atual modelo de atenção visa oferecer, ainda, subsídio para o funcionamento dos sistemas locais. Isto mediante o incentivo e financiamento de transporte sanitário, regulação, e estrutura física. Estão previstas mudanças relativas à melhoria da estrutura dos serviços, criação de casas de gestante e centros de parto normal, aumento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI neonatal e adulta, melhoria nos serviços ambulatoriais e de transporte, todas com incentivos financeiros. O conjunto dessas mudanças contribuirá para que Rede Cegonha realmente seja efetivada (BRASIL, 2011b).

Uma vez que a qualidade da assistência mantém relação direta com os níveis de saúde de mães e conceptos, a atenção pré-natal e puerperal implica ser organizada de forma a contemplar a integralidade e humanização no cuidado.

Consequentemente, deve atender às reais necessidades das mulheres durante os períodos gestacional e puerperal, estar embasada em conhecimentos técnico-científicos atualizados e servir-se de meios e recursos adequados ao cuidado específico de cada mulher (BRASIL, 2006).

Parte-se do pressuposto de que sempre há possibilidade de melhoria da atenção à saúde realizada pelos serviços à comunidade, de modo que a saúde, como um direito fundamental do ser humano, seja garantida, e o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Este dever do Estado consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Consequentemente, as diretrizes programáticas da Rede Cegonha orientam os direitos da mulher na atenção perinatal recebida nos serviços de saúde. Nesse sentido, compete à gestão dos serviços de saúde administrar recursos profissionais, materiais, capital físico e financeiro, e informações para que esses direitos sejam garantidos.

Nos artigos 17 e 18, da Lei Orgânica da Saúde consta que é de responsabilidade dos estados e municípios realizarem ações de controle e avaliação das condições, ambiente e todo processo de trabalho em saúde (BRASIL, 1990). Com vistas ao aperfeiçoamento contínuo dessa assistência faz-se necessário o desenvolvimento de avaliações que identifiquem eventuais não conformidades à política vigente. Uma maneira de investigar se esses direitos estão, de fato, garantidos aos usuários desses serviços é inquiri-los diretamente.

Neste sentido, os gestores devem viabilizar avaliações para apurar a efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007). Entretanto, a academia, representada pelos cursos de pós-graduação e grupos de pesquisa, pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, na realização de pesquisas avaliativas.

Em duas reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, em que participaram mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, foi discutido sobre a implementação da Rede Cegonha no município e a necessidade de adequação dos serviços municipais de saúde ao programa.

Considerando a experiência da pesquisadora, enfermeira há dez anos, sendo seis anos no ensino de graduação em Enfermagem, e dois deles na disciplina Saúde da Mulher na UNICENTRO, em Guarapuava, sentiu-se motivada a realizar o mestrado de Enfermagem na Universidade Federal do Paraná – UFPR, sob o tema saúde da mulher.

Considerando ser indispensável que os serviços como Maternidades de Risco Habitual fossem avaliados, a fim de que fosse possível identificar o seu potencial de atendimento às diretrizes da RC, bem como eventuais não conformidades às atuais políticas públicas de saúde, integrou o projeto **Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS,** da Pós-graduação de Enfermagem da UFPR, sob a coordenação da Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

O projeto de Wolff *et. al* (2013), tem como objetivos: avaliar estrutura, processos e resultados da atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato e avaliar a atenção perinatal na perspectiva dos direitos das usuárias. Foi apresentado à equipe técnica e aprovado pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher de Curitiba, que forneceu cartas de apresentação às três maternidades de risco habitual do município e as três aceitaram a participação institucional para o seu desenvolvimento. Vem sendo desenvolvido dentro da linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem**,** junto ao Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS-UFPR).

A presente pesquisa é um subprojeto do referido anteriormente. O problema de pesquisa foi enunciado na pergunta: **As Maternidades de Risco Habitual de Curitiba garantem às usuárias os Direitos da Mulher na Atenção Perinatal?**

Para respondê-la, foi elaborado o seguinte objetivo: **Avaliar a atenção perinatal em maternidades de risco habitual na perspectiva das usuárias, com foco no atendimento aos direitos garantidos pelas políticas públicas vigentes.**

Destaca-se que a terminologia Risco habitual é utilizada, atualmente, como sinônimo de baixo risco, para mulheres gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo (PARANÁ, 2012). Por sua vez, o período perinatal compreende a 22ª semana de gestação até o sétimo dia após o parto, todavia, o projeto contempla a atenção perinatal realizada no período entre a admissão e alta hospitalares.

A pesquisa é inovadora, pois as referidas maternidades não tinham sido anteriormente avaliadas nessa perspectiva e por suas usuárias, tendo como parâmetros a atual política nacional de atenção materno-infantil.

Ela foi idealizada com o intuito de que os resultados de pesquisa pudessem revelar se os direitos das mulheres previstos no novo modelo de atenção à saúde materna e infantil – Rede Cegonha (RC) – estão sendo realmente respeitados na Atenção Perinatal realizada em maternidades de risco habitual de Curitiba- PR.

Considerou-se, também, que essas informações poderiam ser úteis a Gestores da Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde, Direção das Maternidades, profissionais e à comunidade, pela possibilidade de subsidiarem o planejamento da atenção perinatal em maternidades de risco habitual, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e garantia dos direitos reprodutivos da mulher.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi organizado com foco em quatro temas relacionados aos objetivos da pesquisa, de modo a fundamentar o seu desenvolvimento. Contempla os Direitos da Mulher, as Políticas Públicas de Saúde da Mulher com ênfase no Programa de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério; o Incentivo ao Aleitamento Materno e a Avaliação dos Programas de Saúde.

2.1 DIREITOS DA MULHER

O lugar das mulheres na sociedade sempre esteve aquém ao dos homens. A autoridade, a força e a virilidade eram características culturais, simbólicas e dominantes do sexo masculino, em oposição à sensibilidade e fragilidade que eram consideradas características femininas. A partir desse contexto, formaram-se sistemas de significados que, de modo não intencional, contribuíram para a desigualdade entre os sexos (SABAT, 1999).

Ao longo da história da humanidade, é possível observar o quanto foi necessária a luta da mulher para conquista do seu espaço na sociedade. Os movimentos em prol dos direitos das mulheres se originaram do pensamento iluminista dos séculos XVIII e XIX e estão relacionados às revoluções americana e francesa e ao nascimento das Ciências Humanas. Para entender essa trajetória, é importante destacar alguns marcos referenciais da luta feminista (MACÊDO, 2003).

Segundo Gomáriz (1992), o feminismo surgiu com a formulação das noções de Direitos Universais, no período do Liberalismo, e foi uma longa luta travada entre a Revolução Francesa e a Revolução Americana. Os ideólogos da Revolução Francesa discutiam de forma ambígua a respeito da condição da mulher: Rousseau e Montesquieu não aceitavam a ideia de que as mulheres tivessem direitos iguais aos dos homens. E a inglesa Mary Wollstonecraft foi defensora do princípio de direitos naturais do indivíduo, destacando-se como voz da história do feminismo.

Escreveu um livro intitulado Defesa dos Direitos da Mulher, no qual denunciou as ideias de Rousseau.

A Revolução Francesa foi um marco no processo de mudança na história das mulheres, pois foi a partir desse momento histórico que a civilização ocidental descobriu que as mulheres podiam ter um lugar na sociedade (SLEDZIEWSKI, 1998).

A partir do século XX, vários escritos foram surgindo sobre as mulheres, certamente devido a sua maior participação no processo produtivo após a Primeira Guerra Mundial. Essa guerra significou a saída em massa de mulheres para o mundo do trabalho fora de suas casas, principalmente em virtude da maioria dos homens terem ido para a guerra. Elas passaram a assumir papéis até então exclusivamente masculinos, tais como: chefes de família, operárias de fábricas de munição, dentre outros. Assim, a guerra favoreceu o acesso da mulher ao mundo do trabalho extra lar, ou seja, ao culturalmente estabelecido como sendo masculino (MACÊDO, 2003).

Para lutar contra preconceitos e assumir seu lugar na história, após a Segunda Guerra Mundial, as mulheres passaram a utilizar as mais diversas formas para divulgar suas ideias e para que estas se tornassem visíveis. Foi então que na década de 60 o movimento feminista queimou soutiens em praça pública, em busca de igualdade e de forma radical. Este acontecimento histórico aconteceu com a liderança de Betty Friedman, nos Estados Unidos, e deu origem a um movimento maior que levou mulheres às ruas e abriu novos caminhos para outros movimentos, os quais inspirados em Beauvoir (1980) possibilitaram que as feministas construíssem o pensamento de viver as diferenças na igualdade.

Uma das principais lutas das mulheres foi pelo direito ao voto, que teve início no final do século XIX e início do século XX (1869 no estado Wyoming, Estados Unidos; 1893 na Nova Zelândia; 1902 na Austrália; 1906 na Finlândia; 1913 na Noruega; 1918 na Inglaterra), com o incentivo do liberalismo democrático que pregava a igualdade e liberdade, e que foi contemplado posteriormente na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (BRASIL, 1998), no seu artigo

7°, o qual estabelece que “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual proteção da lei” (UNIVERSAL NATIONS, 2014).

Já no Brasil, a luta pelo voto feminino iniciou-se bem mais tarde. Em 1927, o estado do Rio Grande do Norte incluiu em sua constituição um artigo permitindo o exercício do voto às mulheres. A partir daí, o direito de voto foi sendo, gradativamente, alcançado. Porém, com a promulgação do decreto 21.076 do Código Eleitoral Provisório em 1932, foi conferido o direito ao voto às mulheres brasileiras, apesar de que este já era exercido em alguns estados.

Na história do movimento feminista mundial, o dia 8 de março é considerado um marco fundamental. Esta data sugerida pela socialista alemã Clara Zetkin, no ano de 1910, em memória a 129 operárias queimadas vivas, em Nova York, por realizarem greve por direitos trabalhistas, entre os quais a licença maternidade. Em 1975, a ONU incluiu o dia 8 de março em seu calendário oficial.

No mundo moderno a mulher conquistou direitos civis como liberdade, segurança, educação, resistência à opressão e saúde, os quais antigamente lhes eram negados.

É importante destacar que na Declaração Universal dos Direitos Humanos consta que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Nesta perspectiva, os conceitos de dignidade e direito referem-se tanto aos homens, como às mulheres, independente de raça, cor, “idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (UNIVERSAL NATIONS, 2014).

Assim, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, as políticas e os programas de população deixaram de tratar de assuntos somente de controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Com a abordagem em que os direitos da mulher são direitos humanos; elas têm direitos a participar plenamente na sociedade com igualdade (CAIRO, 1994).

A Conferência aconteceu há mais de dez anos e foi decisiva e marco na evolução de direitos das mulheres, especialmente no que tange à capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida.

No Brasil, os primeiros conselhos estaduais das condições femininas foram criados, em 1983, em Minas Gerais e São Paulo, para traçar políticas públicas relacionadas à mulher. O Ministério da Saúde cria o PAISM em resposta aos movimentos feministas, baseando-se nos princípios da integralidade do corpo e da mente, e considerando a sexualidade de cada mulher (BRASIL, 2013).

Já em 1985 foi criada em São Paulo a primeira delegacia especializada à mulher (DEAM) e, subsequentemente, em outros estados brasileiros. No mesmo ano, a Câmara dos Deputados aprova o Projeto de Lei nº 7.353, que criou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM),e o Decreto n°8.202, foi alterado, atualizando a lei do CNDM (BRASIL, 2014).

Diante desse panorama mundial e nacional, a próxima seção trata dos direitos inegáveis às mulheres na sociedade brasileira, contemplados nas Políticas Públicas de Saúde da Mulher, tendo em vistas o ciclo gravídico puerperal.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER COM ÊNFASE NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Com a instituição em 1984 do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma nova visão acerca das necessidades da saúde foi proposta. Se tradicionalmente, as ações de saúde eram voltadas ao seu papel reprodutivo, sendo essencial dentro do contexto familiar, com o PAISM, preconizou-se o atendimento às mulheres não somente nas questões relativas à reprodução, mas no contexto geral do seu desenvolvimento. O PAISM incluiu as principais patologias prevalentes que acometem as mulheres, a integralidade no atendimento de saúde, as atividades educativas, o controle de natalidade e, ainda, o aperfeiçoamento da atenção pré-natal, no parto e puerpério. Visava ao atendimento às necessidades femininas desde a adolescência até a velhice (BRASIL, 2009a).

A implantação desse programa deveria ter sido iniciada com uma reciclagem completa, tanto do pessoal que estava diretamente envolvido na prestação dos serviços quanto dos encarregados da supervisão e coordenação programática. Paralelamente, o Ministério da Saúde considerava importante identificar e apoiar os centros que desenvolviam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de saúde da mulher a fim de tê-los na condição de fornecedores de subsídios técnico-científicos para facilitar a implantação do PAISM. Por fim, as equipes envolvidas no Programa também precisariam ser preparadas para fazer o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do mesmo (BRASIL, 2009a).

Considerando que a partir do PAISM, a saúde da mulher se torna uma prioridade do governo, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diferentes setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que cooperassem para a garantia dos direitos humanos das mulheres, redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, seguindo os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

As ações adotadas foram direcionadas ao atendimento integral das necessidades das mulheres. Portanto as informações referentes às características populacionais e regionais tornaram-se o foco principal do processo de implantação das ações voltadas à mulher, sendo considerados os fatores sóciodemográficos e psicossociais, determinantes no seu processo de saúde-doença. Neste contexto, incluem-se informações sobre mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, deficiência na assistência da anticoncepção, DST/HIV/AIDS, violência doméstica e sexual, saúde das adolescentes, saúde no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das relações homo-afetivas, saúde das mulheres negras e indígenas, saúde das residentes e trabalhadoras da área rural e saúde da mulher em situação prisional (BRASIL, 2009a).

Essa política trouxe como diretrizes alguns conceitos importantes em relação à estrutura do SUS. Destacou que além de o sistema estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, deveria contemplar ações para todas as mulheres em diferentes ciclos de vida, respeitando suas particularidades; elaborar, executar e avaliar as políticas de saúde da mulher, que sejam norteadas na perspectiva de gênero, de raça e de etnia. E assim visar a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher (BRASIL, 2004).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010), as mulheres são a maioria da população brasileira (51%), sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas utilizam os serviços de saúde para atendimento individual, mas também como acompanhantes dos filhos e outros familiares, como os idosos, os portadores de necessidades especiais, vizinhos e amigos. São também as que mais cuidam no ambiente familiar e na sociedade (BRASIL, 2006).

Com a evolução da PNAISM surgiram políticas voltadas, unicamente, ao período gravídico-puerperal, numa tentativa de minimizar a mortalidade materna e neonatal. Dentre essas políticas públicas, neste documento será enfatizado o Programa de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério. Esse programa salienta a qualidade e a humanização na atenção a esses momentos do ciclo gravídico-puerperal como fundamentais para a saúde do binômio mãe/filho e recomenda ações que previnam agravos e promovam a saúde de ambos, além de diagnóstico e tratamento das intercorrências (BRASIL, 2002).

Isso porque sabe-se que quando a mulher engravida e realiza o pré-natal precocemente, fica menos suscetível a agravos à saúde. A gestação apresenta-se com um melhor desenvolvimento intra-uterino e, consequentemente, com menor probabilidade de ocorrer mortalidade perinatal e infantil (RASIA; ALBERNAZ, 2008).

Deste modo, a atenção pré-natal e a perinatal, de qualidade, contribuem para a redução da mortalidade materna, bem como para a redução da mortalidade infantil. Entretanto apesar dos avanços na melhoria da qualidade mobilizados pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a redução da mortalidade materna

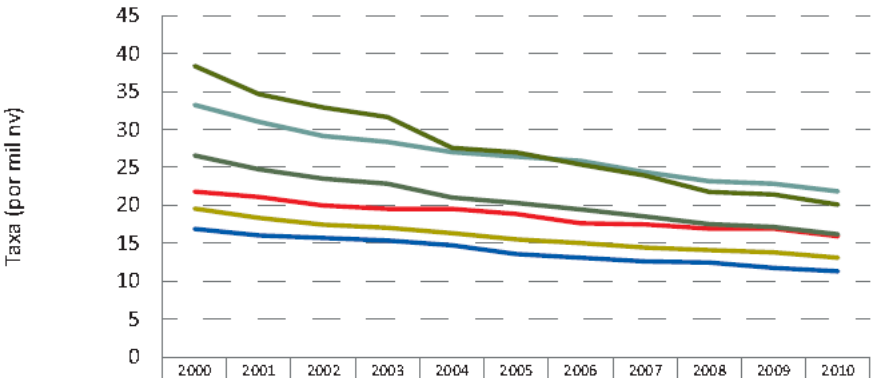
e infantil permanece desafiadora. No país, em 2011, a razão de mortalidade materna foi de 63,9 mortes por 100 mil nascidos vivos. Esta razão é muito superior a que a OMS entende como aceitável, ou seja, 20 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos. Portanto há que se melhorar a qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério, a fim de que o Brasil alcance a meta de que a taxa não seja superior a 35 mortes para 100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2009).

Já a mortalidade infantil que é um indicador de saúde que mede o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de idade, aponta para a qualidade dos serviços de saúde e como uma determinada população vive (FRIAS *et al*., 2010).

Na perspectiva de avaliar os programas dirigidos à redução da mortalidade infantil, percebe-se avanços na descentralização de ações de saúde e o estabelecimento dos pactos pela saúde entre as esferas de gestão federal, estadual e municipal, os quais justificam o aumento da demanda por informações geradas nesses três níveis de gestão (FRIAS; SZWARCWALD; LIRA, 2011).

Destarte, a mortalidade infantil tem diminuído ao longo dos anos no Brasil (de 16.6 por mil nascidos vivos em 2000 a 16,2 por mil nascidos vivos em 2010), o que pode ser observado no Gráfico 1.

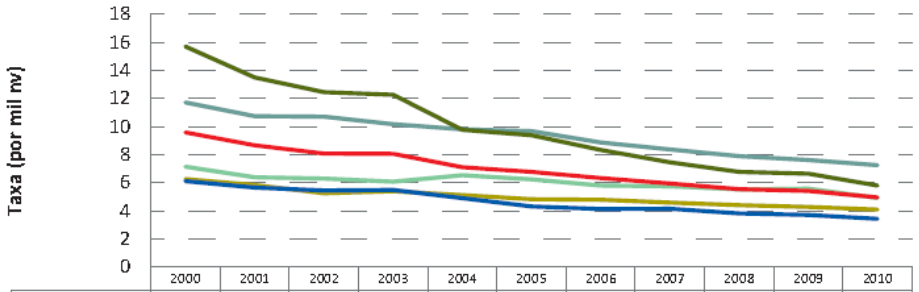
Entre os óbitos neonatais, a taxa de mortalidade neonatal precoce reduziu de 13,4/1.000 NV para 8,7. Já a tardia reduziu de 3,6/1.000 NV para 2,6/1.000 NV, com redução relativamente menor para este último componente. Estes dados apontam uma melhoria do atendimento ao pré-natal, parto e puerpério, com consequências para a saúde do neonato (BRASIL, 2011c).



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	33,2	31,0	29,1	28,3	27,0	26,4	25,9	24,4	23,2	22,8	21,8
Nordeste	38,4	34,7	32,9	31,6	27,6	27,0	25,4	23,9	21,8	21,4	20,1
Sudeste	19,6	18,3	17,4	17,0	16,3	15,5	15,0	14,4	14,1	13,8	13,1
Sul	16,9	16,0	15,7	15,4	14,7	13,6	13,1	12,6	12,5	11,8	11,3
Centro Oeste	21,8	21,1	20,0	19,5	19,5	18,9	17,7	17,5	16,9	16,9	15,9
Brasil	26,6	24,8	23,5	22,9	21,0	20,3	19,4	18,5	17,5	17,2	16,2

GRÁFICO 1 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI) – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 E 2010
FONTE: CGIAE / DASIS / SVS / Ministério da Saúde
NOTA: Estimativas com base nos dados sobre óbitos do SIM e nascimentos do SINASC corrigidos por fatores fornecidos pela pesquisa de busca ativa realizada em 2008 (SZWARCWALD CL, *et al*., 2011)

Em relação aos componentes da mortalidade infantil (MI), a taxa de mortalidade pós--neonatal passou de 9,6/1.000 NV em 2000 para 5,0/1.000 NV em 2010, o que representa uma queda de 48% no período (GRÁFICO 2).



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	11,7	10,7	10,7	10,2	9,8	9,7	8,9	8,4	7,9	7,6	7,2
Nordeste	15,7	13,5	12,4	12,3	9,8	9,4	8,3	7,5	6,8	6,6	5,8
Sudeste	6,3	5,8	5,2	5,4	5,1	4,8	4,8	4,6	4,4	4,3	4,1
Sul	6,1	5,7	5,5	5,5	4,9	4,3	4,1	4,1	3,8	3,7	3,4
Centro-Oeste	7,1	6,4	6,3	6,1	6,5	6,2	5,8	5,7	5,5	5,6	4,9
Brasil	9,6	8,7	8,1	8,1	7,1	6,8	6,3	5,9	5,5	5,4	5,0

GRÁFICO 2 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 A 2010
FONTE: CGIAE/DASIS/SVS/Ministério da Saúde.
NOTA: estimativas com base nos dados sobre óbitos do SIM e nascimentos do SINASC corrigidos por fatores fornecidos pela pesquisa de busca ativa realizada em 2008 (SZWARCWALD CL, et al., 2011).

Em contrapartida, o componente neonatal apresentou uma redução de 34%, passando de 17,0 por mil nascidos vivos para 11,2 por mil nascidos vivos no mesmo período (GRÁFICO 3).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	21,5	20,2	18,4	18,2	17,2	16,7	17,0	16,0	15,3	15,2	14,6
Nordeste	22,7	21,2	20,4	19,4	17,8	17,6	17,0	16,5	15,0	14,8	14,3
Sudeste	13,3	12,5	12,2	11,6	11,2	10,7	10,3	9,8	9,7	9,5	9,0
Sul	10,8	10,4	10,3	9,9	9,8	9,3	9,0	8,5	8,7	8,1	7,9
Centro-Oeste	14,7	14,7	13,7	13,4	13,0	12,6	11,8	11,7	11,4	11,3	11,0
Brasil	17,0	16,1	15,4	14,8	13,9	13,6	13,1	12,6	12,0	11,8	11,2

GRÁFICO 3 – TENDÊNCIA DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL – BRASIL E REGIÕES, DE 2000 A 2010
FONTE: cgiae/dasis/svs/ministério da saúde.
NOTA: estimativas com base nos dados sobre óbitos do SIM e nascimentos do Sinasc corrigidos por fatores fornecidos pela pesquisa de busca ativa realizada em 2008 (SZWARCWALD CL, et al., 2011).

Visando melhorar a qualidade da Atenção Pré-Natal e, consequentemente, diminuição dos indicadores de morbidade e mortalidade atrelados ao período perinatal, o Ministério da Saúde no ano de 2000, criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem **direitos, a saber: a**o acesso digno e atendimento de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; saber com segurança em que maternidade realizar-se-á o nascimento de seu filho; à assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura; e ao recebimento de assistência perinatal adequada, tanto para a mãe como ao concepto (BRASIL, 2002).

Segundo o PHPN a humanização apresenta dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito aos profissionais de saúde, os quais devem manter atitude ética e solidária para com a gestante e seus familiares, bem como para com o recém-nascido; e aos aspectos organizacionais, no tocante à promoção de um ambiente

institucional acolhedor, com acomodações adequadas à mulher, evitando o isolamento comumente atribuído durante o período perinatal. O segundo aspecto refere-se à adoção de métodos que tragam benefícios à assistência ao parto e nascimento, o que inclui a evitação de interferências desnecessárias (como toques vaginais frequentes, lavagem intestinal, tricotomia) que não favorecem à saúde da mulher nem a do recém-nascido, e que possam ocasionar maiores riscos a ambos, apesar de serem realizados frequentemente (SERRUYA; LAGO; CECATTI,2004).

O uso de indicadores de desempenho e de qualidade da assistência pré-natal, e a previsão de auxílio financeiro às três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) para desenvolverem o programa são incentivados pelo PHPN, desde que sejam cumpridos determinados critérios, principalmente pelos municípios. Entre eles, destacam-se: captação da gestante com a realização da primeira consulta de pré-natal até os 120 primeiros dias de gestação; realização de, ao menos, seis consultas de pré-natal, sendo elas distribuídas, preferencialmente, em: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; realização da consulta puerperal até o 42° dia após o parto (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que a prioridade do PHPN está pautada na qualidade do atendimento das maternidades, os resultados a serem alcançados por esses estabelecimentos são: maior credibilidade de resultado obstétrico favorável e maior acessibilidade por parte das mulheres; concretização na formação de vínculos; e, por conseguinte, ascensão da resolutividade na assistência e garantia de um cuidado integral, equânime, respaldado em ações com a finalidade de garantir os direitos da mulher, norteadas por promoção e proteção à saúde (QUEIROZ *et al*., 2007).

No município de Curitiba, em 8 de Março de 1999 foi instituído o Programa Mãe Curitibana, que apresenta, provavelmente, umas das melhores Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, e que vem sendo adaptada em vários países (MENDES, 2011).

O Programa Mãe Curitibana é baseado na integração, articulação e organização do trabalho da equipe em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta

equipe é instruída para cadastrar e encaminhar a gestante à primeira consulta, e nesta, vinculá-la à maternidade onde será realizado o seu parto (CURITIBA, 2012).

À luz das diretrizes do PHPN, o programa Mãe Curitibana prioriza a qualidade do atendimento das maternidades, visando que as usuárias e a comunidade tenham credibilidade quanto ao resultado obstétrico, acesso e vínculo. Assim, busca garantir os direitos das mulheres a um atendimento seguro, resolutivo e cuidado integral (QUEIROZ *et al*., 2007).

Diante desse contexto, em 2011, no Estado do Paraná, tanto em cidades do interior como na região metropolitana, a precariedade do atendimento à mulher no período perinatal fez com que o governo do estado desenvolvesse um programa que atingisse todo seu território, que foi intitulado Mãe Paranaense. A Secretaria de Estado da Saúde, como uma das principais ações, capacitou equipes de atenção primária estaduais, com o propósito de padronizar o atendimento e atender mulheres com efetividade. Dentre as abordagens, destacam-se: ser de responsabilidade de cada equipe o cuidado prestado à família e com foco nas mulheres e crianças; coordenação do fluxo e contra fluxo na comunicação das pessoas nos demais pontos de atenção; e responsabilização para reduzir a mortalidade materna e infantil em todo o estado (PARANÁ, 2012).

Sabe-se que nos últimos 30 anos o Brasil, teve grandes mudanças na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, com uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Mas a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um grande desafio (BRASIL, 2011c). Esse desafio refere-se ao 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que é melhorar a saúde materna. Com isso o Brasil deverá apresentar mudanças na Razão de Mortalidade Materna (RMM), igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos (NV) até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990 (BRASIL, 2010a).

Globalmente, a taxa de mortalidade materna diminuiu 47% ao longo das últimas duas décadas, de 400 para 210 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos entre 1990 e 2010 (BRASIL, 2010b).

Os óbitos entre as mulheres em idade fértil notificados no Brasil em 2010, cuja morte foi relacionada com gravidez, parto ou aborto e puerpério até 42 dias, somam 3.731, sendo que no Paraná totalizam 500 mulheres (BRASIL, 2013a).

No entanto, o cumprimento dos ODM pelo Brasil em 2015, exige intervenções aceleradas desde já, e que estejam apoiadas fortemente por políticas voltadas às mulheres e crianças (ONUBR, 2013).

Não há dúvidas que o país enfrenta atualmente, de fato, um processo de mudança, e que o maior desafio nos próximos anos será transformar os ODM em uma realidade efetiva.

Diante do exposto, uma estratégia lançada para melhorar os cuidados na atenção perinatal e reduzir o número de mortes evitáveis de mulheres e crianças no País é o novo modelo de atenção intitulado Rede Cegonha (RC), instituída pela Portaria n° 1.459, de 24 de Junho de 2011, movimentando boa parte de gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde, no preparo, execução, financiamento e avaliação deste programa (BRASIL, 2011d).

A Rede Cegonha (RC) é uma rede de cuidados que objetivam garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério. Garante também o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2011b). Esse modelo de atenção está fundamentado nos princípios da humanização e da assistência integral. Desta forma, os direitos assegurados à mulher, ao recém-nascido e à criança objetivam a ampliação do acesso, acolhimento e da qualidade da atenção pré-natal; subsídio ao transporte de urgência e emergência; realização de vinculação da gestante em uma instituição de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguro, por meio da utilização de boas práticas de atenção preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; acesso ao planejamento reprodutivo; e à criança de zero a 24 meses de vida, assistência de qualidade e com resolutividade(BRASIL, 2011b).

Autores como Ceccim e Cavalcanti (2011) e Leal *et al*. (2014) reconhecem o valor da RC para um país que apresenta problemas de leitos em hospitais,

assistência hospitalar e médica precárias, altos índices de mortalidade materno-infantil, e a mais alta taxa de cesáreas do mundo.

Na rede privada, a taxa de cesárea é 89,9%, sendo menos frequente na rede pública brasileira (LEAL *et al.,* 2014*)*. São números exacerbados se comparados ao que é preconizado pela OMS, que, desde 1985, recomenda que esses sejam de no máximo 15% de partos cirúrgicos no ano. De acordo com os autores, com a implantação da RC, a maternidade passa a ser um “direito e reconhecimento de cidadania”, e torna-se realidade por meio do “parto cidadão” (CECCIM; CAVALCANTI, 2011 p.1).

O cenário brasileiro tem como característica marcante as diversidades regionais, com diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, tendo como agravante a elevada oferta dos serviços privados com interesses no mercado na área da saúde. Ainda, apresenta como desafio a organização dos eixos de acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade, demonstrando a complexidade na coordenação do processo de constituição de um sistema de saúde unificado e integrado (BRASIL, 2010b).

A implementação da Rede Cegonha vem ocorrendo em todo o território nacional, de forma gradual e de acordo com critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011b). Dessa forma, o Ministério da Saúde vem financiando os seguimentos, dentro das necessidades encontradas e de forma diferenciada. Está previsto o custeio de 100% dos exames no pré-natal; fornecimento de kits para atendimento das gestantes nas UBS. Quanto ao transporte, deve ser realizado por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, mediante ambulâncias de suporte avançado devidamente equipados (BRASIL, 2011b).

Em relação ao custeio total ao ano, está previsto investimento para construção de Centro de Parto Normal (CPN) e Casa da Gestante, bebê e puérpera (CGB). Parte do custeio (80%) será destinada para ampliação e qualificação de leitos (Unidade de terapia Intensiva -UTI, Unidade de Cuidados Intermediários - UCI, Mãe Canguru).

No documento que institui a RC, foi previsto também financiamento da ambiência para os locais de parto e que a pactuação acontecesse nos dois primeiros anos entre o programa RC e os municípios, de acordo com a organização dos serviços de saúde. Assim, desde 2011 os municípios podem aderir a componentes específicos da RC, visto que existe uma diferenciação na sua capacidade em serem de gestão plena ou gestão básica dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A fim de elucidar os avanços que vêm acontecendo nos estados brasileiros e no Distrito Federal a partir da implementação da RC, o Secretário de Atenção à Saúde do MS, Helvécio Miranda Magalhães Júnior apresentou o desenvolvimento das ações que ocorreram entre os anos de 2011 e 2013 a gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), na 13ª Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (13ª Expoepi). (BRASIL, 2013b).

Em 2013, havia 5.565 municípios brasileiros (IBGE, 2013), sendo que 5.488 municípios (98,53%) aderiram ao componente atenção básica, com recursos repassados para novos exames de pré-natal. Neste ano existiam 435 regiões de saúde, 183 (42%) com planos de ação publicados e recursos repassados, contemplando 428 serviços que realizavam partos e/ou assistência ao RN de risco incentivados com recursos RC, totalizando um repasse de R$ 662.359.866,75 no período de dezembro/2011 a setembro de 2013 (BRASIL, 2013b).

Nesse mesmo relatório, descreve ainda que nos Planos de Ação Regional (PAR) para o programa RC, os recursos foram destinados para leitos de gestação de alto risco (GAR), UTI Neonatal, Unidade Cuidados Intensivos (UCI) Convencionais e UCI Canguru, para 428 serviços que atendem ao parto de referência para gestação de alto risco e/ou atenção ao RN de risco. Foram também construídos dentro do PAR os Fóruns Perinatais nos estados e capitais, a fim de demonstrarem entre os estados, as mudanças e as ações desenvolvidas, para estimular modificações também no seu contexto. E ainda, fortalecimento da vigilância de óbito materno, fetal e infantil e dos comitês de prevenção da morte materna.

Para que o parto e nascimento aconteçam sem complicações emergentes, a qualificação do Pré-Natal é extremamente importante**.** Assim a RC está investindo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Houve distribuição de 19.392 detectores fetais; 9.500 balanças antropométricas; 95.159 bolsas da gestante, com nova entrega prevista de 152.223 bolsas; distribuição do Caderno de Atenção Básica (CAB) Pré-Natal; disponibilização dos testes rápidos de HIV e Sífilis e capacitação de profissionais; recursos que foram repassados para 5.488 municípios para os novos exames de pré-natal e teste rápido de gravidez; cadastradas e inscritas 767.987 gestantes no SISPRENATAL WEB em 4.429 municípios; repassado aos municípios o incentivo de R$20,00 por gestante captada até 12 semanas. No total o investimento foi de R$ 2.374.380,00 para 2.468 municípios, 118.719 gestantes, descritos na Portaria GM/MS Nº 752 de 6 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b).

Assim, a adequação dos serviços vinculados ao SUS ao que é preconizado pela RC vem acontecendo para que o processo de parto e nascimento seja garantido favorecendo a fisiologia do parto, com ampliação do acesso e qualificação da assistência realizada à mulher e ao recém-nascido. Para que essas melhorias aconteçam, são previstas reformas do centro obstétrico das maternidades: instalações com quartos de Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP); implantação de Centros de Parto Normal (CPN); implantação de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); construção de novas maternidades e reforma de Unidade Neonatal sob novo paradigma, com cuidados progressivos, desde UTI até UCI Canguru.

Para a implantação de Centros de Parto Normal (CPN) foi instituída a Portaria GM 904, em maio de 2013, que estabelece no âmbito do SUS, diretrizes para implantação e habilitação desses serviços. Por sua vez, a Portaria GM 1020, também de maio de 2013, foi instituída para organizar a Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, definindo critérios para a implantação e habilitação de serviços de referência, incluindo as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera nesse modelo de atenção (BRASIL, 2013d).

Ainda sobre o componente parto e nascimento, o relatório descreve que são previstas ações como o incentivo às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e ao abortamento, programas de capacitação nos serviços para as equipes das maternidades envolvidas, realização de visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman, que é referência nacional para disseminação das referidas boas práticas; construção de fóruns e seminários para discussão dos CPN; fixação de indicadores de boas práticas presentes na contratualização das maternidades; distribuição de 175.000 exemplares do Manual de Gestação de Alto Risco; e constituição de centros de apoio regionais, que estão em processo de qualificação de seis hospitais.

Para o monitoramento e implementação dos Planos de Ação Regional (PAR), a rede de atenção proposta pelo RC estipulou sete indicadores estratégicos: Sisprenatal web implantado nos municípios; implantação do teste rápido de gravidez, sífilis e HIV nos serviços de atenção à saúde da mulher; atualização do mapa de vinculação das gestantes; fortalecimento do Fórum perinatal; contratualização das maternidades; presença do acompanhante em tempo integral e de livre escolha implantado; e realização do acolhimento com classificação de risco implantados, priorizando casos especiais (BRASIL, 2013b).

Ainda para fins de monitoramento, foi criada a Ouvidoria da RC, com o objetivo de avaliar a implementação da rede, por meio de realização de pesquisas telefônicas (número de telefone obtido na AIH),. Entre as perguntas realizadas às mulheres que foram atendidas pelos SUS, estão: dados sobre a vinculação; se o parto aconteceu no primeiro serviço; se foi permitida a presença do acompanhante no parto; se a atenção recebida no parto foi respeitosa; se foi possível o contato pele a pele entre a mulher o bebê e se recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) até 1 mês após o parto (BRASIL, 2013b).

2.2.1 Direitos das Mulheres na Atenção Perinatal

O período perinatal compreende da 22ª semana de gestação até o sétimo dia incompleto, após o parto.

Já em relação ao parto normal, há consenso entre estudiosos para a sua definição, com base nas recomendações da OMS, salientando que deve ter início espontaneamente; que a gestante seja classificada como de risco habitual desde o início do trabalho de parto até o nascimento; que o nascimento aconteça de forma natural; com apresentação cefálica; entre 37ª a 42ª semanas de gestação; e após o parto que o binômio mãe/filho esteja em boas condições (APEO, 2012).

O trabalho de parto normal é constituído de quatro estágios ou períodos. O primeiro estágio caracteriza-se pela dilatação de até 10 cm do colo do útero, com contrações rítmicas e dolorosas; o segundo estágio implica período expulsivo que tem início com a dilatação total e o término com a expulsão do feto; no terceiro estágio ocorre a dequitação ou secundamento, incide como descolamento e expulsão da placenta e das membranas ovulares; e o quarto estágio, ou período de Greenberg, ocorre logo após a dequitação e estende-se até uma hora de pós-parto, com o objetivo de parar o sangramento genital (DIÓGENES LIMA, 2013, AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

O pós-parto inicia-se logo após a dequitação placentária (terceiro estágio) e estende-se até aproximadamente seis semanas. Este período é conhecido como puerpério, no qual ocorre o retorno às condições pré-gravídicas das modificações que ocorreram no corpo da mulher durante a gestação (SILVA, 2011).

O puerpério é divido em três períodos – imediato, tardio e remoto. O imediato inicia-se logo após o parto, com a dequitação placentária, e estende-se até o 10º dia pós-parto; o tardio inicia-se no 11º dia e estende-se até o 45º dia pós parto; e o puerpério remoto – inicia-se a partir do 46° dia pós parto e se estende até a recuperação completa da mulher (VIEIRA *et al.*, 2010).

O puerpério compreende fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que ocorrem simultaneamente na vivência da maternidade. Essas intensas modificações interferem não somente no físico da mulher, mas também no relacionamento interpessoal e familiar (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Do ponto de vista institucional, a atenção perinatal focaliza a assistência realizada no atendimento ao parto e nascimento, desde a admissão da mulher no serviço até a alta hospitalar.

Espera-se, então, que a assistência oferecida às mulheres no ambiente hospitalar, de modo especial no período puerperal imediato, possa favorecer a qualidade da assistência prestada, e que os cuidados e orientações oferecidos nos primeiros dias do pós-parto possam favorecer também os demais períodos puerperais.

A partir da Portaria n° 1.067/GM de 4 de julho de 2005, é instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, cujo principal objetivo é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2005). Para o alcance desses objetivos, faz-se necessário que os direitos da mulher sejam respeitados no que tange à assistência a ela oferecida.

PRÉ-NATAL: AÇÕES E PROCEDIMENTOS
Esclarecimento de dúvidas da mulher e de seus acompanhantes
Atividades educativas em grupo ou individuais
Anamnese e exame físico clínico-obstétrico da gestante
Exames laboratoriais de rotina
Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico
Imunização antitetânica
Avaliação e monitorização do estado nutricional da gestante por meio do Sistema de Informação em Saúde de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
Prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama e de colo uterino;
Tratamento das intercorrências gestacionais
Classificação do risco gestacional
Vínculo e garantia de atendimento à gestante de risco em unidade de referência para risco gestacional
Registro completo em prontuário e cartão da gestante

QUADRO 1 - AÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL
Fonte: (BRASIL, 2005)

A assistência indicada para o período perinatal, contemplando ações e procedimentos a serem realizados no pré-natal (QUADRO 1), parto e puerpério imediato (QUADRO 2). Ao receber essa assistência, a mulher tem garantido os seus direitos à atenção perinantal de qualidade e segura (QUADRO3), como preconiza a portaria n° 1.067 (BRASIL, 2005).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) fundamentam o PHPN, e estão subdivididas em três categorias. A Categoria A descreve como devem ser as práticas no atendimento ao parto, as quais precisam ser estimuladas dentre os profissionais de saúde. A Categoria B inclui práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas. A Categoria C contempla práticas sem evidências suficientes e que devem ser utilizadas com cautela. A Categoria D reúne práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

ATENÇÃO AO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO - AÇÕES E PROCEDIMENTOS
Acolher e examinar a gestante
Chamar a gestante pelo nome e identificar quais os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento
Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando os procedimentos, compartilhando as decisões sobre as condutas a serem seguidas
Desenvolver atividades educativas a fim de preparar as gestantes para o parto, amamentação do RN e contracepção
Permitir a visita do pai ou de familiares em qualquer horário
Garantir o acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo o desejo da mulher
Garantir os medicamentos necessários para o atendimento das situações normais e das possíveis intercorrências
Monitorizar as parturientes e promover o bem-estar físico e emocional da mulher
Realizar partos normais e cirúrgicos e atender às intercorrências obstétricas e neonatais
Garantir assistência à mulher com qualidade e humanizada

QUADRO 2 – AÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO
Fonte: (BRASIL, 2005)

Entre os direitos assegurados à mulher, em relação a uma assistência pré-natal segura, de qualidade e humanizada, destacam-se os que estão apresentados no Quadro 3.

DIREITOS ASSEGURADOS À MULHER PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS
Ter no seu prontuário o partograma adequadamente preenchido
Decidir e expressar verbalmente quanto ao desejo de realizar o teste rápido de anti-HIV, mesmo que este tenha sido realizado no pré-natal
Receber líquido via oral no decorrer do trabalho de parto
Escolher a posição e o local do parto
Ter privacidade no atendimento ao parto e nascimento
Receber informações relativas ao trabalho de parto sempre que desejar
Ter liberdade de movimento
Ser incentivada à posição não supina durante o trabalho de parto
Ser orientada e ter condições da utilização de métodos alternativos para o alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento
Submeter-se a procedimentos pré-anestésicos e anestésicos somente quando necessário
Submeter-se à episiotomia de modo restrito e/ou somente com indicação
Ser medicada profilaticamente com ocitocina no terceiro período do parto, procedimento associado à verificação da contração uterina
De exame de sua placenta concomitantemente ao exame das membranas ovulares
De avaliação do seu canal vaginal no tocante a sangramento ou lacerações
De que durante todo o procedimento de trabalho de parto sejam tomadas medidas de prevenção de infecções, por meio de lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos dos profissionais, e uso de materiais descartáveis e estéreis
De contar com o pediatra ou profissional capacitado para realizar a assistência de seu recém-nascido (RN), sempre que possível.
De submeter-se ao exame de VDRL em veia periférica
De receber a imunoglobulina anti-Rh, no caso de mulheres iso-imunizadas
De ter em seu prontuário registros médicos e de enfermagem com dados das condições do parto e nascimento do RN
De que seu recém-nato receba assistência de qualidade

QUADRO 3 - DIREITOS ASSEGURADOS À MULHER, EXTRAÍDOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

FONTE: A autora (2014)

As mulheres gestantes não podem sofrer por falta de políticas públicas que lhes garantam o direito de um parto seguro. Ao final da implantação do programa RC nos estados e municípios, o país irá um oferecer um atendimento, além do que já preconizado por políticas públicas anteriormente implementadas à saúde da mulher, tais como: teste rápido de gravidez nos postos de saúde; inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como transporte até o local no momento do parto; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de risco habitual. Além disso, o programa almeja maior incentivo ao aleitamento materno; disponibilizar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha ao recém-nascido em caso de emergência, e realizar um programa de educação nas escolas que busque controlar a gravidez na adolescência e oferecer informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos (CARNEIRO, 2013).

Denotando preocupação com os direitos reprodutivos da mulher, o Ministério da Saúde atualmente realizou um estudo de âmbito nacional, denominado Nascer no Brasil, que foi coordenado pela Fiocruz. Procurou descrever a decisão das mulheres pelo tipo de parto, revelando dados como o número excessivo de cesarianas, a porcentagem de mulheres que desejaram parto normal no início da gestação e o tipo de parto mais realizado em adolescentes, a proporção de bebês que nasceram imaturos e prematuros e de mulheres que sofreram depressão durante a gravidez, a prevalência de mortalidade materna e neonatal e de complicações médicas durante a gestação e após o nascimento, as consequências das intervenções obstétricas no parto, a estrutura das instituições hospitalares, verificando a disponibilidade dos recursos humanos, a disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos (FIOCRUZ, 2014).

2.3 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (OMS, 1991, WHO, 2007).

Recomenda que o profissional de saúde possibilite que a mãe tenha contato pele a pele com o seu filho recém-nascido imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, e a encoraje ao reconhecimento quando seu bebê estiver pronto para mamar, oferecendo ajuda, se necessário (BOCCOLINI, 2012).

Entre as recomendações que a OMS faz em relação ao aleitamento estão 'Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno', que são critérios globais mínimos para que o hospital atenda à condição de Hospital Amigo da Criança. Estes dez passos configuram-se como direitos da mulher quanto a informações e cuidados no aleitamento materno, que impactam na saúde do recém-nascido. São eles: 1. política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; 2. capacitar toda a equipe de cuidados de saúde de acordo com a política; 3. orientar todas as gestantes quanto aos benefícios e ao manejo do aleitamento materno; 4. auxiliar as mães no início da amamentação na primeira meia hora de vida; 5. mostrá-las como amamentar e como manter a lactação; 6. desestimular o uso de complemento ao recém-nascidos, com bebida ou alimento que não seja o leite materno, somente se houver indicação; 7. estimular a permanência de mãe e filho conjuntamente nas 24 horas após o parto. 8. incentivar o aleitamento materno de livre demanda; 9. não oferecer mamadeiras ou chupetas a crianças que mamam no peito; e 10. promover grupos de apoio às mães, após a alta da maternidade depois do nascimento do bebê (BRASIL, 2008, WHO, 2007).

Explica-se o efeito protetor do leite materno (LM), na primeira hora de vida e no decorrer do processo da amamentação, como a colonização intestinal do recém-nascido por bactérias saprófitas encontradas no leite; com as características do LM de reduzir a colonização intestinal por bactérias gram-negativas; além da adaptação materna em produzir fatores imunológicos de acordo com a idade gestacional para o

seu recém-nascido e que são excretados no colostro, como por exemplo, a Imunoglobulina A, que tem maior quantidade no colostro quando comparada com o leite maduro (CASTELLOTE *et a*l., 2011).

Há evidências de benefícios para a mulher que amamenta quando comparadas com as que não amamentam. Estudos referem que há aumento dos riscos para determinados problemas de saúde, por exemplo: risco mais elevado de câncer de mama entre as mulheres que nunca amamentaram; o risco de câncer de ovário foi encontrado 27% mais elevado para as mulheres que nunca amamentaram. Os autores destacam que em geral, a amamentação exclusiva e por maior tempo de duração estão associados a melhores resultados para a saúde materna (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

O benefício psicológico do aleitamento materno, que inclui a principal ligação entre mãe e filho, é citado na maioria das vezes como a influência mais importante na sua decisão de amamentar. Além disso, embora a literatura não seja conclusiva, a amamentação pode ajudar a diminuir o risco de depressão pós-parto, uma condição séria que quase 13% das mães vivenciam. Esta desordem apresenta riscos não só para a saúde da mãe, mas também para a saúde do seu filho, especialmente quando ela é incapaz de cuidá-lo integralmente (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno exclusivo (AME) seja realizado nos primeiros 6 meses de vida da criança e que seja prolongado no mínimo até 2 anos com complementos alimentares após o 6.º mês (SÃO PAULO, 2002, WHO, 2007).

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde se adequem a estratégias que implementem, na prática clínica, as orientações e cuidados relativos à assistência das mulheres, principalmente o incentivo ao aleitamento materno. Estes visam garantir a continuidade nas próximas semanas de vida do recém-nascido; incluir ações para a promoção e apoio ao aleitamento materno; fornecer aconselhamento desde o pré-natal sobre as decisões da amamentação e, após o parto, cuidados de acompanhamento, monitoramento de ganho de peso neonatal; e

estabelecer mecanismos de referência para atendimento de lactação qualificado. Estas estratégias devem ser estabelecidas para integrar a assistência e a amamentação nos cenários da prática hospitalar de rotina (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

2.4 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

Inúmeras ações voltadas à avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma progressiva e, em especial, nas três últimas décadas. Onde foram desenvolvidas pesquisas acadêmicas, a fim de consolidarem a qualidade dos serviços oferecidos (HARTZ; SILVA, 2010).

A avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando-se com os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultados), com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS *et al*.,1997).

Segundo Samico *et al*. (2010), os objetivos da avaliação referem-se a ajudar no planejamento e na preparação de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer conhecimento a fim de melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); produzir os efeitos de uma intervenção ao seu final com vistas a decidir se ela deve ser mantida, ou alterada de forma importante (objetivo somativo); aproveitar os processos de avaliação como um apoio para transformar uma ocasião injusta ou problemática, visando ao bem-estar coletivo (objetivo transformador); e, proporcionar o avanço dos conhecimentos, em embasar a elaboração teórica (objetivo fundamental).

A avaliação de qualidade na saúde teve início no século XX, por iniciativa do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC). Em meados de 1924, o CAC criou o Programa de Padronização Hospitalar – PPH (ROBERTS *apud* FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005), que definiu um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. As primeiras avaliações da qualidade no domínio internacional ocorreram após a 2ª Guerra Mundial, para reorganização das

empresas e incremento da assistência nas instituições de saúde (FELDMAN; CUNHA, 2006).

Os padrões para estas avaliações referiam-se à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta; e o último tratava da existência de recursos de apoio ao diagnóstico e terapias, além de, ao menos, um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia. Tais padrões referiam-se a condições indispensáveis aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho. Não incluíam outras demandas e ou serviços, tais como: o dimensionamento de pessoal de enfermagem, nem a avaliação e resultados da assistência pelo paciente, apesar de tratarem de alguns aspectos da estrutura física do hospital (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Entretanto, a partir da premissa de que a gestão em saúde define-se pela atenção a um trinômio que influencia a qualidade da assistência: estrutura, processos e resultados, Donabedian (2005), expande a visão dominante de que a qualidade esteja atrelada estritamente aos procedimentos médicos. Segundo o autor, a estrutura físico-funcional inclui aspectos relacionados à segurança, qualificação de pessoal, equipamentos e estrutura física. Os processos correspondem à organização e sistematização das atividades de assistência, pela definição e controle dos processos críticos, por meio do estabelecimento de padronização das rotinas.

Os resultados correspondem ao que se espera de um determinado processo, de seu desempenho, qualidade ou produção. Para obter essas informações é necessário o monitoramento dos processos, a partir do estabelecimento de indicadores. Assim, obtém-se a identificação de oportunidades de melhoria ou correções, no caso da ocorrência de desvios e a satisfação dos envolvidos no cuidado, sejam usuários ou profissionais (DONABEDIAN, 2005).

A fragilidade dessa abordagem, segundo Vuori (1991), está relacionada, com os pressupostos de legitimidade, quando se julga que uma boa estrutura conduz a

um bom processo e, consequentemente, a um bom resultado. Entretanto, Samico *et al*. (2010) avaliam que uma boa estrutura pode não garantir um resultado favorável.

A partir dessas considerações, Tanaka e Melo (2004) propõem quebrar a harmonia do modelo sistêmico, começando as avaliações pelo processo, pois possibilitam uma compreensão melhor dos interesses e conflitos que vão influenciar nos resultados da avaliação.

Para fins de avaliação, Champagne *et al*. (2009) consideram três dimensões para avaliar a qualidade do processo: técnica, interpessoal e organizacional. Na dimensão técnica inclui conhecimento técnico-científico, exatidão no cumprimento das atividades; a dimensão interpessoal considera aspectos da subjetividade, que inclui o respeito às pessoas, a comunicação, o apoio; e a dimensão organizacional, relacionada às condições de conforto e continuidade dos cuidados.

Quando se trata de avaliação, há que se considerar que, de acordo com a dimensão a ser considerada, cada uma tem suas peculiaridades, uma demanda por parte do avaliador, a elaboração da estratégia mais adequada para a utilização, seja na abordagem, na escolha dos critérios que serão utilizados, nos indicadores que serão avaliados e no próprio modelo de atendimento oferecido pela instituição (HARTZ; SILVA, 2010).

A avaliação se faz necessária, sempre que um serviço, seja ele público ou privado, é oferecido à sociedade, pois com o aumento dos custos na área de assistência à saúde e a progressiva pressão da população sobre os prestadores, seja no contexto do SUS ou até da saúde suplementar, avaliar corretamente o que está sendo feito tornou-se um imperativo (NEVES, 2010). Todavia, atender a esse imperativo não tem sido uma tarefa fácil, mas tem mobilizado gestores a realizarem avaliações e assumir uma atitude crítico-reflexiva acerca de práticas de saúde com implementação, aperfeiçoamento, execução e resultados das políticas públicas (FELISBERTO *et al*., 2008).

O desenvolvimento de propostas de avaliação no ambiente institucional, que visam melhorar a acessibilidade, a humanização do acolhimento, com a ampliação da resolubilidade, a melhoria da qualidade e o aprimoramento técnico-científico do

cuidado, poderia oferecer melhoras no estado geral de saúde, por meio de redução de indicadores de morbimortalidade, além de maior satisfação dos usuários com os serviços (HARTZ; SILVA, 2010).

Ademais, na área da saúde entende-se que a avaliação dos serviços serve para acrescer a aptidão, para melhorar suas parcerias e o projeto político, a fim de contribuir para a governabilidade do sistema de saúde (ALVES, 2008).

Para a construção dos processos de avaliação, alguns critérios que abrangem as principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas desse processo, devem ser considerados: (1) Objetivo da avaliação: priorizar condições de produção do conhecimento ou condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão); (2) Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado; (3) Enfoque priorizado: interno, que caracteriza e compreende o contexto, ou externo, para a quantificação e comparação de impactos nas intervenções; (4) Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase experimental; (5) Contexto da avaliação: controlado ou natural; (6) forma de utilização da informação produzida: demonstrar, comprovar ou informar e instrumentalizar; (7) Tipo de juízo formulado: comprova ou nega as hipóteses, recomendações ou normas e por fim (8) Temporalidade da avaliação: pontual, corrente ou contínua (NOVAES, 2000).

Segundo a autora, para cada uma das variáveis, são estabelecidas características alternativas que devem ser compreendidas representando formas dominantes, pela própria complexidade do objeto, mas não são exclusivas. Nessas variáveis, não existe conceitos de melhores ou piores, ou seja, não são de conteúdo valorativo em si, mas buscam demonstrar as alternativas conceituais e metodológicas existentes nos processos de avaliação, referenciadas por teorias e metodologias gerais aceitas por conhecimentos científicos e práticos.

É possível então identificar três grandes tipos de avaliação, a partir da combinação entre as alternativas colocadas para cada critério da pesquisa de avaliação: investigação avaliatória; avaliação para decisão e avaliação para gestão (NOVAES, 2000).

CRITÉRIOS	INVESTIGAÇÃO AVALIATÓRIA	AVALIAÇÃO PARA DECISÃO	AVALIAÇÃO PARA GESTÃO
Objetivos	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramento
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caraterização/ compreensão	Caracterização/ Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DE TIPOS DE AVALIAÇÃO SEGUNDO CRITÉRIOS SELECIONADOS
Fonte: (NOVAES, 2000)

As considerações sobre avaliação remetem a esta pesquisa avaliativa em que se avaliou a intervenção da assistência perinatal em maternidades, no tocante aos processos, na perspectiva das usuárias. A avaliação foi realizada cogitando-se em que medida os processos das maternidades estão assegurando os seus direitos à assistência no pré-natal, parto e puerpério de usuárias, segundo as normativas do modelo Rede Cegonha.

Consoante ao exposto no Quadro 2, o presente estudo foi uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo principal foi a avaliação como meio para a demonstração do impacto dos processos da atenção pré-natal no atendimento dos direitos das mulheres. O método desenvolvido será apresentado no próximo capítulo.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de recorte transversal e de abordagem quantitativa.

Contandriopoulos (2006) define a atividade de avaliar como aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações com validade científica e legitimidade social sobre o seu todo ou parte de seus componentes.

Para o autor, a avaliação permite aos atores envolvidos, os quais podem ter campos de julgamentos diferentes (tais como gestão, profissionais, usuários, financiadores), posicionarem-se e construírem, de modo individual ou coletivamente, um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas, como uma avaliação normativa, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico na forma de uma pesquisa avaliativa.

A pesquisa transversal caracteriza um tipo de delineamento que fornece informações a partir de uma coleta de dados que ocorreu em determinado momento. É considerada rápida e de baixo custo, e os resultados contribuem para a definição das características demográficas de uma determinada população (HULLEY *et al*., 2008).

A abordagem quantitativa busca descrever significados que são considerados inerentes aos objetos e atos. Caracteriza-se por permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada. A coleta de dados se realiza mediante a obtenção de respostas estruturadas e as técnicas de análise são dedutivas e orientadas pelos resultados, os quais são generalizáveis (TANAKA; MELO, 2001).

Nessa pesquisa, foram descritos aspectos da atenção perinatal das maternidades, relativos aos processos/atividades, no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério imediato, sob a perspectiva de usuárias, com foco no atendimento

dos direitos das mulheres previstos na atual política nacional de atenção ao parto e ao nascimento.

3.2 LOCAL

O estudo foi realizado no município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, com população residente de 1.751.907 habitantes (IBGE, 2010). As instituições co-participantes foram: Hospital e Maternidade Victor do Amaral (HMVA); Centro Médico Comunitário Bairro Novo (CMCBN) e Maternidade Mater Dei, as quais são maternidades de risco habitual que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital e Maternidade Victor do Amaral é a maternidade mais antiga do Paraná, está localizada na região central de Curitiba. Permaneceu fechada por mais de uma década e foi reativada no ano de 2001, numa parceria entre a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná, portanto é uma maternidade pública. Sua filosofia prioriza o atendimento humanizado às pacientes. Atualmente tem capacidade de 39 leitos obstétricos.

O Centro Médico Comunitário Bairro Novo, instituição pública municipal. Está localizado no Bairro Sítio Cercado, atende preferencialmente moradoras da região sul da cidade. Segue as diretrizes do Ministério da Saúde priorizando o parto normal. Tem capacidade de 20 leitos de Alojamento Conjunto, 12 leitos clínicos. Possui 24 UBS vinculadas e atende os distritos sanitários do Bairro Novo, Pinheirinho e Boqueirão. Está sob gerenciamento da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES) desde março de 2013.

A Maternidade Mater Dei, instituição privada conveniada ao SUS e considerada nos últimos anos a maior prestadora de serviços ao SUS na área de obstetrícia no Estado do Paraná. Está localizada na região central de Curitiba e atende o município e região metropolitana (13 municípios), com uma capacidade de 54 leitos de obstetrícia.

Nesta pesquisa os resultados foram apresentados sem que fossem nominadas as maternidades avaliadas, as quais foram codificadas, aleatoriamente, como A, B e C.

3.3 PARTICIPANTES

Foram realizadas entrevistas estruturadas com 95 participantes internadas em maternidades de risco habitual vinculadas ao SUS do Município de Curitiba-PR. A amostragem da pesquisa foi probabilística, tendo por base o número de partos realizados mensalmente, em cada maternidade, em 2013, apresentados no quadro 5.

Ano de 2013	MATERNIDADES (número de partos)			Total
	Maternidade Materdei	Maternidade Victor do Amaral	Centro Médico Comunitário Bairro Novo	
Janeiro	258	172		430
Fevereiro	239	149		388
Março	266	167	101	534
Abril	245	164	134	543
Maio	254	165	125	544
Junho	218	149	126	493
Julho	235	168	118	521
Agosto	236	144	104	484
Setembro	253	162	120	535
Novembro	240	143	115	498
Dezembro	237	143	118	498
Total	2922	1902	1187	**6011**

QUADRO 5 – NÚMERO DE PARTOS NORMAIS REALIZADOS EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM CURITIBA, 2013
Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2013

No Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral ocorreram 1902 partos, com uma média mensal de 158 partos em 2013. No Centro Médico Comunitário Bairro Novo ocorreram 1187 partos, com média mensal de 99 partos em 2013. E na

Maternidade Mater Dei ocorreram 2922 partos, com média mensal de 243 partos em 2013. No total, foram 6011 partos normais realizados em 2013 em maternidades de risco habitual em Curitiba.

A partir desses dados, foi possível realizar o cálculo de amostragem, a fim de justificar o número de participantes da pesquisa, correspondendo a somatória do percentual do número médio de partos ocorridos em cada maternidade, considerando-se o Coeficiente de confiança de 95%, com margem de erro de 10%. Consequentemente, a amostra foi constituída por 30 (31,6%) usuárias do Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral; 19 (19,7%) usuárias do Centro Médico Comunitário Bairro Novo, e 46 (48,6%%) usuárias da Maternidade Mater Dei, totalizando 95 participantes da pesquisa.

3.3.1 Critérios de inclusão, exclusão, recrutamento e seleção

Os critérios de inclusão das participantes da pesquisa foram: mulheres de qualquer idade, cujo parto normal ocorreu sem complicações e com nascido vivo, na maternidade em que se encontravam internadas no Alojamento Conjunto (AC); e que aceitaram a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A); e em caso de menores de idade não emancipadas, mediante a assinatura do Termo de Assentimento do responsável legal (APÊNDICE B).

Foram excluídas da pesquisa as mulheres que apresentaram alguma complicação no parto e cujos recém-nascidos não permaneceram no Alojamento Conjunto.

Essa situação pode ocorrer em maternidades de risco habitual, pois embora a maioria dos trabalhos de partos e partos acontece sem problemas, aproximadamente 8 a 10% dos nascimentos apresentam intercorrências e complicações que abrangem as contrações uterinas, a vitalidade fetal ou o canal de parto, assim como as hemorragias no pós-parto imediato (REZENDE, 2008).

Assim as mulheres cujos filhos foram encaminhados para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou que faleceram, não foram incluídas na pesquisa, pois poderia haver viés metodológico pelo fato de haver interferências por consequência do distanciamento e preocupação com o filho, acreditando que os cuidados recebidos seriam insuficientes e/ou não aceitando serem cuidadas.

O recrutamento das prováveis participantes foi realizado em cada dia de coleta de dados, por meio da observação da listagem de puérperas internadas no alojamento conjunto com o seu recém-nascido, cujo parto normal foi atendido na maternidade. Posteriormente, a pesquisadora realizava uma visita no quarto de cada mulher.

Após a explanação da pesquisa e leitura do TCLE pela pesquisadora, todas as mulheres que correspondiam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa e aceitaram.

Assim, disponibilizaram-se a responder, pois a pesquisadora deixou clara a importância da sua opinião, já que somente elas poderiam fornecer informações fidedignas e necessárias para a mudança tão almejada com a implantação da Rede Cegonha.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, estando de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012), e foi aprovado sob o CAAE 25324513.0.0000.0102. Após esta aprovação, o projeto foi enviado para análise de viabilidade pelo Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

A referida resolução descreve o respeito à dignidade humana e exige que toda pesquisa se processe após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das participantes, tendo estas manifestado sua anuência à participação da pesquisa (BRASIL, 2012).

As participantes somente foram entrevistadas após a assinatura do TCLE, Quando maiores de 18 anos ou, se menores de 18 anos, quando casadas. No caso das oito mulheres menores de dezoito anos que não eram casadas, foi solicitado a elas e seus respectivos responsáveis legais a assinatura do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), de acordo com a Resolução nº 466/12.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista estruturada. As entrevistas aconteceram no período de 26 de maio até 01 de julho de 2014, nas instalações das referidas maternidades, no período em que as participantes estavam entre a 24ª e a 48ª hora após o parto.

Destaca-se que embora a OMS defina o período perinatal como aquele compreendido entre a 22ª semana de gestação e o sétimo dia após o parto, nesta pesquisa foi avaliado o período compreendido entre a admissão da mulher na maternidade até a alta hospital, que ocorre após as 48 horas pós-parto. Esta é uma recomendação do Ministério da Saúde para garantir que seja realizado o Teste do Pezinho ao recém-nascido, após as 48 horas de vida (BRASIL, 2002).

O local das entrevistas foi indicado pela gestão da maternidade. A entrevista ocorreu no quarto da usuária e possibilitou a privacidade do encontro, durou cerca de trinta minutos e ocorreu em horário de sua conveniência, no período da manhã ou à tarde.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C) foi elaborado pela pesquisadora com base no Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996), no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2004), e no Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

O instrumento contém **Dados de Identificação**: idade; escolaridade; ocupação; estado civil; renda e número de pessoas no domicílio; de **Informações Obstétricas**: local do pré-natal; número de consultas de pré-natal; presença do

companheiro ao longo da gestação; número de gestações; número de partos e número de abortos; e dados relativos ao **Atendimento aos direitos das mulheres no pré-parto, parto e puerpério.**

Com o propósito de validar os instrumentos quanto à possibilidade de fornecer informações relevantes para o alcance dos objetivos, realizou-se um pré-teste, por meio de quatro entrevistas. Os dados obtidos no pré-teste não foram computados para a análise dos dados.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados mediante entrevistas estruturadas a puérperas foram organizados em tabelas em planilhas eletrônicas e submetidos à estatística simples, por meio de frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR), valores mínimos e máximos, média, desvio padrão e mediana. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas, quadros e gráficos.

Como parâmetros para avaliação dos processos e atividades no tocante ao atendimento aos direitos da mulher na atenção perinatal foram utilizadas as boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas pela OMS (1996) e estabelecidos pelo Manual Técnico de implantação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a). Além disso, os dados foram discutidos com a literatura correlata ao tema.

Na análise dos dados, as três maternidades foram avaliadas conjuntamente.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa relacionados às entrevistas estruturadas, que foram realizados com 95 puérperas das maternidades de Risco Habitual do Município de Curitiba-Pr.

Os resultados estão organizados como (i) **Dados de Identificação** como: idade; escolaridade; ocupação; estado civil; renda e número de pessoas no domicílio; (ii) **Informações Obstétricas**: local do pré-natal; número de consultas de pré-natal; presença do companheiro ao longo da gestação; números de gestações; números de partos e números de abortos; (iii) **Análise do atendimento dos direitos das mulheres às boas práticas no parto e puerpério; Cuidados e orientações no puerpério imediato – direito das mulheres** e (iv) **Incentivo ao aleitamento materno.**

4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

A idade das 95 entrevistadas variou de 15 a 38 anos. A média foi de 23,95 ± 5,58; sendo representativa da amostra uma vez que a mediana foi de 23 anos. Observa-se que a maioria delas estava em idade fértil (85,26%), 8,42% estão em idade inferior a 18 anos e 6,32% se encontram em idade superior a 35 anos.

Quanto à escolaridade, 35,79% delas estão com Ensino Médio Incompleto; 27,37% com Fundamental Incompleto, 18,94% com Fundamental Completo, 3,16% com Superior Completo e 3,16% com Superior Incompleto. A maior parte das entrevistadas tem ocupação do lar (45,26%). Em segundo lugar, ficaram que trabalhavam no comércio (15,79%), e na sequência, aquelas que estavam com ocupações relativas a serviços gerais (14,74%), ao setor Administrativo (6,32%), ou eram estudantes (6,32%). Menores percentagens (3,16%) foram encontradas em relação às ocupações relacionadas à área da saúde (nível médio), agricultura e trabalho autônomo, respectivamente.

Quanto ao estado civil das puérperas entrevistadas, em sua maioria elas estão sob união consensual (66,32%), e as demais são, nas mesmas proporções (16,84%) solteiras e casadas. O QUADRO 6 apresenta os dados de identificação das 95 puérperas entrevistadas nesta pesquisa.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO							
IDADE							
< de 18 ANOS 8 (8,42%)		18 a 35 81 (85,26%)			> de 35 ANOS 6 (6,32%)		
Mínima 15,00	Máxima 38,00	Média 23,95	Desvio Padrão 5,58		Mediana 23,00		
ESCOLARIDADE							
Fundamental Completo 18,94%	Fundamental Incompleto 27,37%	Médio Completo 11,58%	Médio Incompleto 35,79%	Superior Completo 3,16%	Superior Incompleto 3,16%		
OCUPAÇÃO							
Do lar 45,26%	Comércio 15,79%	Serviços gerais 14,74%	Administrativo 6,32%	Estudante 6,32%	Trabalho autônomo 3,16%	Área da saúde (nível médio) 3,16%	Agricultura 3,16%
ESTADO CIVIL							
Solteira 16,84%		União consensual 66,32%			Casada 16,8%		
RENDA FAMILIAR							
Até 1 salário 21,05%		1 a 3 salários 63,16%			Maior que 3 salários 15,79%		
NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO							
Dois 2,11%	Três 27,37%	Quatro 35,79%	Cinco 11,58%	Seis 14,74%	Sete 5,26%	Oito 2,11%	Nove 1,04%

QUADRO 6 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS DAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)
Fonte: A autora (2014)

A renda familiar entre as puérperas predomina entre 1 a 3 salários mínimos (63,16%). As demais têm renda inferior a 1 salário mínimo (21,05%) e superior a 3

salários (15,79%). Predominam na amostra participantes que moram com quatro (35,79%) ou três pessoas (27,37%).

4.2 INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS

O acompanhamento pré-natal da maioria (73,63%) das puérperas foi realizado em Unidades Básicas de Saúde de diferentes distritos sanitários do Município de Curitiba: Boa Vista, Cajuru, Boqueirão, Bairro Novo, Pinheirinho, Portão, Matriz, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Santa Felicidade. Entretanto, identificou-se que para algumas participantes este acompanhamento ocorreu também em outros munícipios (24,26%), como Almirante Tamandaré, Pien, Tunas do Paraná, Rio Branco do Sul e Cerro Azul, e em serviços privados (2,11%), em que 1 mulher realizou consultas em serviço particular e outra mediante convênio.

Os percentuais de consultas de pré-natal realizadas pelas participantes do estudo, em ordem decrescente, foram de 69,47%, com mais de 6 consultas; e 30,53% até 6 consultas. O menor número de consultas de pré-natal encontrado entre as participantes foi 2 e o maior foi 18, sendo que a média foi de 8 ± 3,12.

A maioria (91,58%) das participantes contou com a presença do companheiro durante a gestação. Foram identificadas primíparas (42,11) e multíparas (57,89%) Entre estas, houve variação de duas gestações (26,32%) a seis (1,05%), sendo que 30,52% tiveram de três a cinco gestações.

Em relação ao número de partos normais experienciados pelas participantes, identificou-se variação de um (43,16%) a seis (1,05%) partos normais. Entre as multíparas, houve predomínio das que tiveram entre 2 a 5 partos normais (55,79%).

Em se tratando de número de abortos, 86,31% referiram não terem sofrido abortamento, 10,53% delas tiveram um aborto e 3,16% tiveram dois.

Os dados das informações obstétricas das participantes estão detalhados no QUADRO 7.

INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS					
LOCAL DE PRÉ-NATAL					
Distrito Bairro Novo 8 (8,42)	Distrito Boa Vista 16 (16,84%)	Distrito Boqueirão 9 (9,4%)	Distrito Cajuru 15 (15,79%)	Distrito Cic 4 (4,21%)	Distrito Matriz 4 (4,21%)
Distrito Portão 5 (5,26%)	Distrito Santa Felicidade 1 (1,05%)	Distrito Pinheirinho 6 (6,32%)	Outros Municípios 24 (24,26%)	Outros 2 (2,11%)	
NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL					
Nenhuma 0	Até 6 26 (30,53%)	Mais que 6 68 (69,47%)			
Mínimo 2	Máximo 18	Média 8 ± 3,12			
PRESENÇA DE COMPANHEIRO AO LONGO DA GESTAÇÃO					
Sim 87(91,58%)	Não 8 (8,42%)				
GESTAÇÕES					
Uma 40(42,11%)	Duas 25(26,32%)	Três 15 (15,79%)	Quatro 9 (9,47%)	Cinco 5 (5,26%)	Seis 1 (1,05%)
PARTOS					
Um 41(43,16%)	Dois 30 (31,58%)	Três 16 (16,84%)	Quatro 4 (4,21%)	Cinco 3 (3,16%)	Seis 1 (1,05%)
ABORTOS					
Nenhum 82 (86,31%)	Um 10 (10,53%)	Dois 3 (3,16%)			

QUADRO 7 – INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS DAS PUÉRPERAS DAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n= 95)

Fonte: A autora (2014)

4.3 ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E PUERPÉRIO NAS TRÊS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL

Segundo a OMS (1996), as Boas Práticas de Atenção no Parto e Nascimento devem orientar a condução de partos normais, por meio de classificações que foram realizadas tendo em vista a existência de evidências científicas. Portanto, tem-se a **Categoria A**, relativa às práticas demonstras como úteis e que devem ser estimuladas; a **Categoria B**, referente a práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e a **Categoria C**, concernente a práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita, e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão. A **Categoria D**, corresponde a práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Cada item, ou conjunto de itens selecionados das categorias para esta pesquisa avaliativa, são destacados em quadros, como padrão para a avaliação dos resultados, os quais são apresentados em forma de quadros, gráficos ou descritos.

4.3.1 Categoria A - relativa às práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas

Categoria A
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento.
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; e fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.

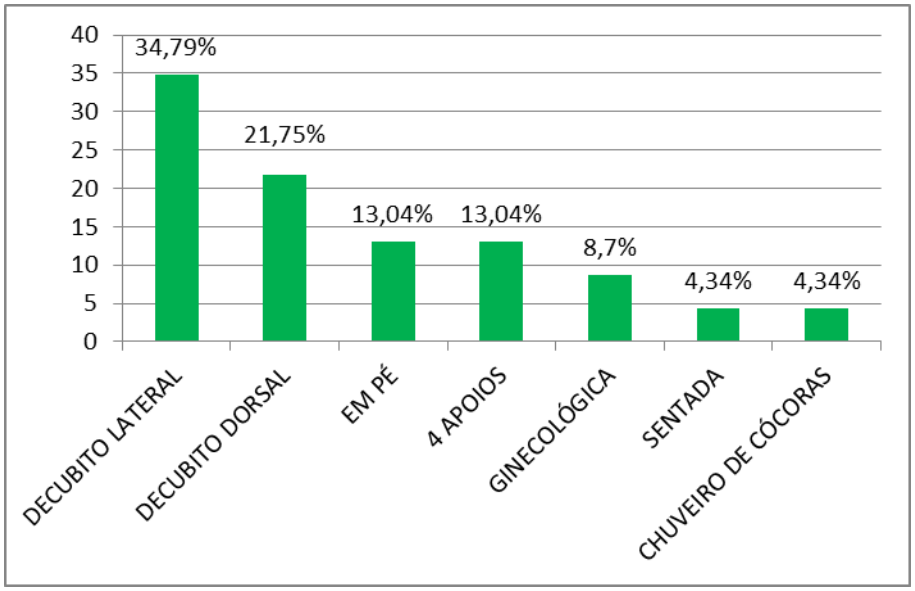
QUADRO 8 - PRÁTICAS DEMONSTRADAS COMO ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS, AVALIADAS NA PESQUISA
Fonte: OMS (1996)

Na categoria A incluem-se as práticas que devem ser estimuladas na atenção perinatal, como é o caso do monitoramento do bem estar físico e emocional durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato.

Quanto ao bem estar físico, 24,21% das entrevistadas puderam escolher a posição para o parto. As que não puderam escolher (75,79%) foram direcionadas pelo profissional que as atenderam a assumir a posição litotômica. Dentre os profissionais que lhes permitiram a escolha da posição, e realizaram o parto, as Enfermeiras foram quem mais se destacaram (69,57%). Os Médicos também foram citados por 39,13% das participantes, mas em menor proporção. As posições que as

mulheres escolheram foram: decúbito lateral 8(34,78%); decúbito dorsal 5(21,74%); quatro apoios 3(13,04%); em pé 3(13,04%); posição ginecológica 2(8,70%); sentada 1(4,35%) e no chuveiro de cócoras 1(4,35%) (GRÁFICO 4). É importante ressaltar que 75,79% delas não tiveram a opção de escolha no parto e tiveram seus filhos em posição horizontal.

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS A QUEM FOI PERMITIDO ESCOLHER A POSIÇÃO PARA O PARTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)



Fonte: A autora (2014)

Nas maternidades de risco habitual, 93,68% das puérperas referiram ter sido chamadas pelo nome, em todos os locais de atendimento: na Sala de Admissão, no Pré-parto, no Parto e na Enfermaria / Alojamento Conjunto. Por sua vez, 74,74% das participantes afirmaram que os profissionais se identificaram ao atendê-las. Entre eles, destacam-se as enfermeiras (39,13%), médicos (34,78%), os técnicos de enfermagem (18,01%), residentes médicos (5,59%) e os estudantes (2,48%). Estas informações referem-se somente a segunda questão do instrumento.

Quando questionadas, se os profissionais permitiram que elas expressassem os seus sentimentos e se ouviram suas queixas e dúvidas, 77,89% disseram que sim e 22,11% disseram que não. Dentre os profissionais que ofereceram essa assistência emocional, as Enfermeiras novamente aparecem em primeiro lugar (48,12%) e os Médicos aparecem na sequência (30,83%). Entre os demais referidos pelas participantes, estão o Técnico de enfermagem (12,03%), o residente (5,26%) e os Estudantes (3,76%).

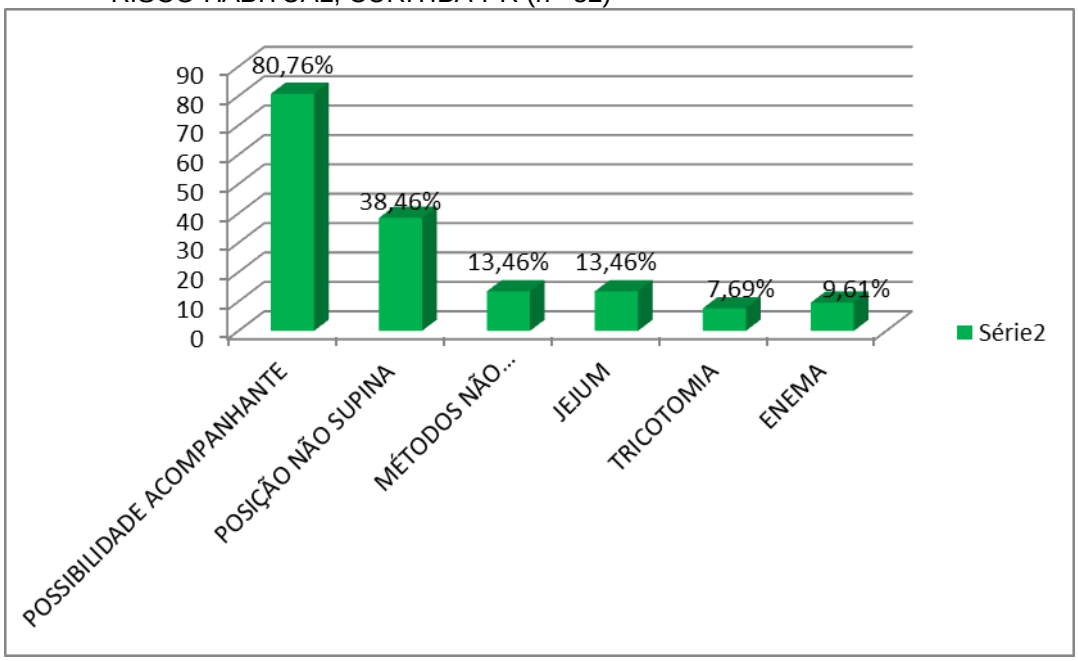
Entretanto, 29,73% das participantes relataram que não tiveram nenhuma abordagem para a promoção do conforto emocional. Entre as que receberam algum conforto emocional, abordagem mais utilizada foi o diálogo (94,59%).

Entre as participantes 54,74% referiram que receberam informações e orientações acerca dos procedimentos que seriam realizados na internação. No Gráfico 5 são apresentados os procedimentos para os quais as participantes foram orientadas no pré-parto. Destaca-se que a participante teria mais de uma opção de escolha. Observa-se que a única opção em que se identificou porcentagem superior a 50% foi a questão referente à possibilidade de acompanhante, com frequência relativa de 80,76%.

Observa-se que 38,95% participantes relataram que foram estimuladas a beber e receberam líquidos via oral (VO) durante o trabalho de parto. Citaram que os profissionais que as ofereceram líquidos VO foram: Enfermeiras 60,98%, Médicos 9,76%, Técnicos de Enfermagem 21,95% e Residentes 7,31%. Destaca-se que as participantes tinham mais de uma opção de escolha para responder esta questão.

Entre as 95 participantes 90,53% relataram que foi verificado os batimentos cardiofetais do seu filho. Os profissionais que realizaram o procedimento de verificação do BCF, citadas pelas participantes, foram: enfermeiras (44,93%), médicos (43,48%), técnicos de Enfermagem (2,17%), residentes (8,70%) e estudantes (0,72%).

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÂO DE PROCEDIMENTOS QUE FORAM ORIENTADOS PELOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO NO PRÉ-PARTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR (n= 52)

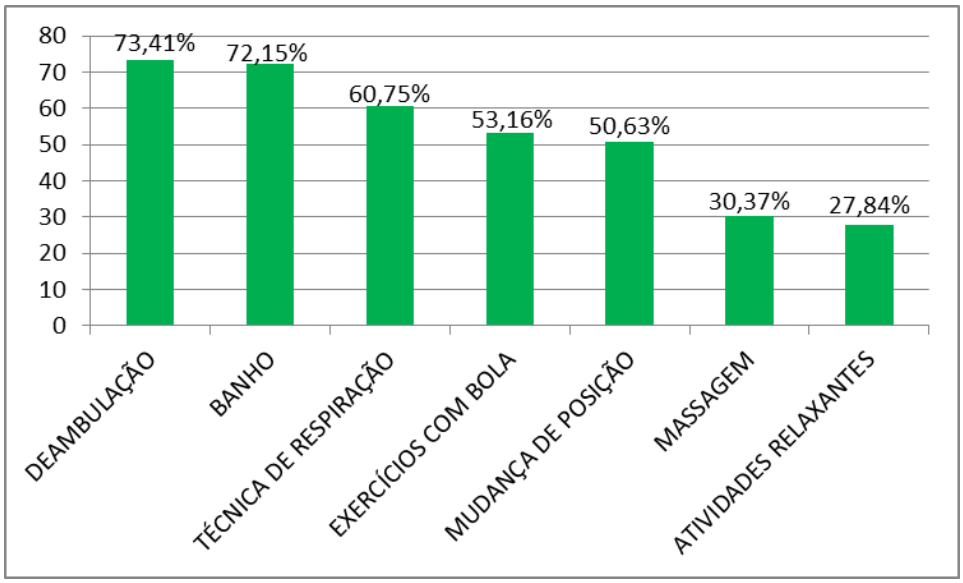


Fonte: A autora (2014)

Foram verificadas as contrações uterinas de 90,53% das mulheres no trabalho de parto. Dentre os profissionais citados que verificaram as contrações uterinas, foram apontados: enfermeiras (42,96%), médicos (40,74%), residentes (8,90%), técnicos de enfermagem (3,70%), estudantes (3,70%). Algumas delas não souberam identificar o profissional que verificou as contrações uterinas (2,33%).

Ao responderem sobre se foram disponibilizados métodos não farmacológicos para alívio de sua dor, 83,16% relataram que sim. No Gráfico 6, são apresentados os métodos que foram oferecidos e estimulados para o alívio da dor no trabalho de parto: deambulação (73,41%) e banho (72,15%) foram os que mais se destacaram; técnica de respiração; exercícios com bola; mudança de posição; massagens realizadas pelo acompanhante ou por profissional de saúde; e atividades relaxantes, tais como musicoterapia e penumbra. Todas as 79 participantes puderam usufruir de mais de uma método.

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PARA AS QUAIS FORAM DISPONIBILIZADOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)



Fonte: A autora (2014)

Quanto ao incentivo dos profissionais de saúde para que as participantes assumissem a posição não supina no trabalho de parto, este foi citado por 72,64% das participantes. Os profissionais que o fizeram foram: Enfermeiras (70,59%), Médicos (22,35%), Residentes (5,88%) e Técnicos de Enfermagem (1,18%).

A totalidade das participantes (100%) receberam Ocitocina por via intramuscular (IM), no terceiro estágio (período) do trabalho de parto.

O Quadro 9 apresenta que 71,58% das participantes tiveram contato pele a pele com o filho logo após o parto, enquanto que 28,42% delas não tiveram esse direito garantido. Destaca-se que todas as participantes que referiram terem amamentado seu filho na primeira hora de vida também aludiram que tiveram contato pele a pele com ele, imediatamente após o parto. Todavia, entre as 68 (71,58%) participantes que referiram que tiveram contato pele a pele com seu filho imediatamente após o parto e 26,47% delas conseguiram amamentá-lo na primeira hora de vida.

CONTATO PELE A PELE IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO		AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA	
Sim 68 (71,58%)	Não 27 (28,42%)	Sim 18 (18,95%)	Não 77 (81,05%)
TEMPO DE CONTATO PELE A PELE EM MINUTOS			
Mínimo 1	Média 8,94	Máximo 60	Desvio padrão 11,94	Mediana 5

QUADRO 9 – DADOS REFERENTES AO CONTATO PELE A PELE IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO, AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA E TEMPO DE CONTATO PELE A PELE, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014. NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

Fonte: A autora (2014)

Em relação ao tempo de contato pele a pele, houve variação de 1 minuto a 1 hora, com média de 8,94±11,94, e mediana 5 minutos.

Os profissionais que realizaram a aproximação de mãe e filho para que o contato pele a pele acontecesse foram: Enfermeiras (64,71%), Médicos (30,88%), Residentes (2,94%) e Estudantes (1,47%).

As participantes que disseram que foram orientadas a amamentar na primeira hora referiram que as orientações foram realizadas por Enfermeiras (88,89%) e Médicos (11,11%).

A tabela 1 apresenta as recomendações da OMS, referente às práticas úteis que devem ser estimuladas, de acordo com as boas práticas de atendimento ao parto e o nascimento. E os resultados da pesquisa foram apresentados nas colunas por meio de frequência relativa.

TABELA 1 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS ÚTEIS QUE DEVEM SER ESTIMULADAS, DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PARTO E O NASCIMENTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95). NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

DIREITO DAS MULHERES ÀS PRÁTICAS ÚTEIS NO ATENDIMENTO NO PRÉ-PARTO E PUERPÉRIO (CATEGORIA A)

	Sim n (%)	**Não n (%)**
Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; e fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.	23 (24,21)	72(75,79)
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.	74 (77,89)	21(22,11)
Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.	52 (54,73)	43(45,26)
Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.	37 (38,95)	58(61,05)
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.	86 (90,52)	9 (9,48)
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.	79 (83,16)	16(16,84)
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.	69 (72,64)	26(27,36)
Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.	95 (100)	0
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.	68 (71,58)	27(28,42)
Média	**68,19%**	**31,81%**

Fonte: OMS, (1996); A autora (2014)

4.3.2 Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

Categoria B
- Uso rotineiro de enema.
- Uso rotineiro de tricotomia.
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos.
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.

QUADRO 10 - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES QUE DEVEM SER ELIMINADAS, AVALIADAS NA PESQUISA
Fonte: OMS (1996)

Os resultados apontam que ainda alguns médicos prescrevem o procedimento de enema (18,95%) às parturientes. Da mesma forma, prescrevem a tricotomia (14,73%) antes da hora do parto, conforme relato das participantes. Todavia, salienta-se que algumas mulheres foram submetidas aos dois procedimentos (enema e tricotomia), representando 26,09% das participantes internadas, todas internadas em uma mesma maternidade. Os procedimentos realizados na maternidade C foram enema 51,43% e tricotomia em 40,00% da amostra total da pesquisa 100% (n=95).

Evidenciou-se que a prática de instalação de soro para infusão de drogas que estimulam a contração uterina é ainda comum nas maternidades de risco habitual curitibanas, uma vez que foi citada por 51,58% das participantes. Entre elas, 8,16% afirmaram terem recebido, concomitantemente comprimidos via vaginal.

A adoção rotineira de posição supina no trabalho de parto representou porcentagens menores na amostra. Algumas participantes (27,37%) revelaram que não foram estimuladas à mudança de posição, e as que foram estimuladas à posição não supina totalizaram 72,63%.

Os resultados demonstram que ainda, na prática, não há incentivo à mulher para escolher a posição de parto. A posição de litotomia ocorreu no parto de 75,79%

das entrevistadas. Somente 24,21% delas relataram que tiveram a opção de escolher a posição em que gostariam de ter o seu bebê.

TABELA 2 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS COM BASE NAS BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PARTO E O NASCIMENTO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95). NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS - CATEGORIA B		
	Sim n (%)	**Não n (%)**
Uso rotineiro de enema.	18 (18,95)	77 (81,05)
Uso rotineiro de tricotomia.	14 (14,73)	81 (85,27)
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos.	49 (51,58)	46 (48,42)
Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.	69 (72,63)	26 (27,37)
Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.	72 (75,79)	23 (24,21)
Média	**46,68%**	**53,32%**

Fonte: OMS, (1996); A autora (2014)

4.3.3 Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão

Categoria C
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto.
Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto.

QUADRO 11 – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO EXPLÍCITA, AVALIADAS NA PESQUISA

Fonte: OMS (1996)

Dentre as práticas da Categoria C, está a Manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto), a qual foi referida por 38,95% das entrevistadas. Porém 61,05% delas disseram que não foi realizada esta manobra.

Quanto ao uso rotineiro de ocitocina no terceiro estágio do parto, 100% das participantes revelaram que lhes foi administrada ocitocina por via intramuscular neste estágio. Nesta pesquisa não foi avaliado o uso de tração controlada do cordão concomitante com a administração de ocitocina na dequitação.

TABELA 3 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014, (n=95). NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

PRÁTICAS IDENTICADAS COMO SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES E QUE DEV EM SER UTILIZADAS COM CAUTELA- CATEGORIA C		
	Sim **n (%)**	**Não** **n (%)**
Pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto.	37 (38,95)	58 (61,05)
Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto.	95 (100)	0
Média	**69,47%**	**30,53%**

Fonte: OMS, (1996); A autora (2014)

4.3.4 Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

Categoria D
- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina.
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- Uso liberal e rotineiro de Episiotomia

QUADRO 12 - PRÁTICAS UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO NA ASSISTÊNCIA PERINATAL, AVALIADAS NA PESQUISA

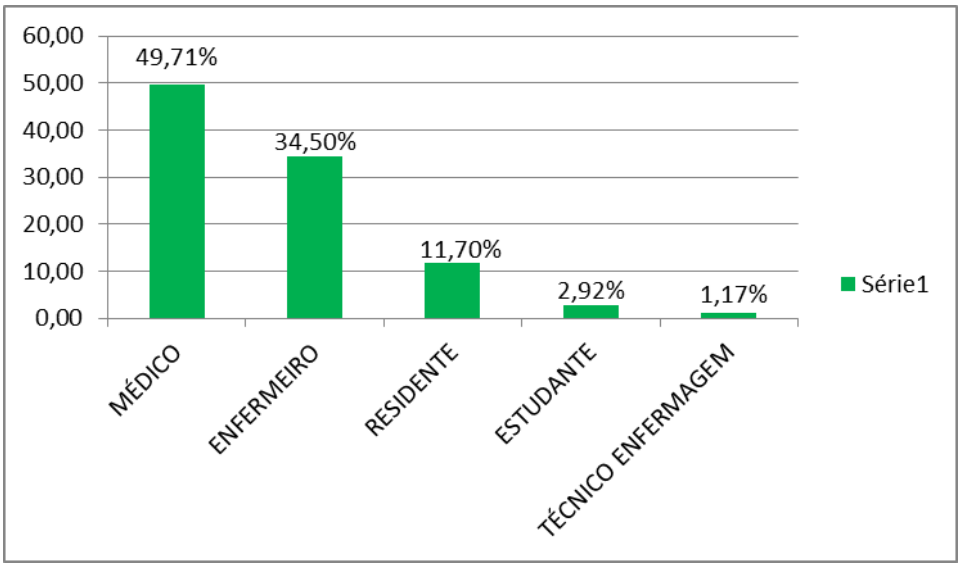
Fonte: OMS (1996)

Para 61,05% das participantes, não foi respeitado o direito de receber líquidos durante o trabalho de parto. Nesta pesquisa não foi perguntado às participantes se houve restrição alimentar.

Por sua vez, evidenciou-se que o exame de toque vaginal é frequentemente realizado nas maternidades de risco habitual durante o trabalho de parto, pois 98,95% das participantes afirmaram terem sido examinadas. Em relação ao intervalo desses toques, observou-se que 47,87% foram examinadas com intervalo menor que duas horas.

Ademais, a realização do exame vaginal por mais de um profissional ocorreu para 82,98% das mulheres, as quais referiram que houve predomínio dos profissionais que o realizaram, sendo Médicos (49,71%), seguidos por Enfermeiras (34,50%), Residentes (11,70%), Estudantes (2,92%) e Técnicos de enfermagem (1,17%), conforme apresentado no Gráfico 7 .

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM O EXAME DE TOQUE VAGINAL NA PERSPECTIVA DAS MULHERES, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)



Fonte: A autora (2014)

A administração de ocitocina durante o trabalho de parto foi uma prática realizada para 51,58% das participantes, as quais relataram que receberam soro para estimulação das contrações uterinas. Especificamente, nove (8,16%) delas receberam medicação endovenosa concomitantemente com a introdução de comprimido por via vaginal, a fim de acelerar ainda mais o trabalho de parto.

A mudança da mulher para sala de parto no segundo estágio do trabalho de parto aconteceu com 52,63% das participantes desta pesquisa. Verificou-se que a transferência delas está diretamente relacionada à maca com estribos para apoio das pernas, para que a mulher fique em posição de litotomia.

A episiotomia também é uma prática ainda utilizada em maternidades de risco habitual, uma vez que nesta pesquisa foi identificado que 35,79% das participantes foram submetidas a este procedimento. Destaca-se que 43,16% não tiveram o procedimento realizado, e 21,05% foram submetidas à sutura devido à laceração do períneo após a saída do bebê.

TABELA 4 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS IDENTIFICADAS COMO FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, 2014, (n=95)

PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO - CATEGORIA D		
	Sim **n (%)**	**Não** **n (%)**
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.	58 (61,05)	37 (38,95)
Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.	94 (98,95)	1 (1,05)
Correção da dinâmica com utilização de ocitocina.	49 (51,58)	43 (48,42)
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.	50 (52,63)	45 (47,37)
Uso liberal e rotineiro de Episiotomia.	34 (35,79)	61 (64,21)
Média	**60,00%**	**40,00%**

Fonte: OMS, (1996); A autora (2014)

4.4 CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Serão abordadas nesta seção informações das participantes da pesquisa referentes aos seus direitos no puerpério imediato, cuidados gerais e orientações realizadas no alojamento conjunto por diferentes profissionais (TABELA 5).

Durante o período de recuperação no pós-parto, observou-se que entre as entrevistadas, 95,79% delas foram orientadas quanto ao direito de ter um acompanhante e tiveram a companhia de alguém de sua confiança no alojamento conjunto.

Entre as 95 participantes da pesquisa, 81,05% delas relatou que houve a visita médica em seu leito durante o período de internação. O atendimento de enfermagem durante 24 horas também foi referido pela maioria delas (96,84%).

A maioria das entrevistadas (95,79%) referiu que os seus sinais vitais foram verificados durante o internamento, sendo que pressão arterial (PA) e temperatura (T) em 100% dos casos, frequência cardíaca (pulso) foi verificado em 27,47% e frequência respiratória (FR) em 4,21% deles.

Somente 45,26% das participantes referiram que os membros inferiores (MMII) foram avaliados. Entre os profissionais citados (n=54) como os que realizaram essa verificação, tem-se enfermeiras (18,52%), médicos (12,96%), técnicos de enfermagem (62,96%) e residentes (5,56%).

TABELA 5 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES QUANTO AOS CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PROFISSIONAIS QUE AS ORIENTARAM, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)

	SIM	NÃO	% ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE ORIENTARAM			
	n (%)	n(%)	Enfermeira n (%)	Médico n (%)	Técnico de enfermagem n (%)	Residente médico n(%)
CUIDADOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO						
Visita médica no leito	77 (81,05)	18 (18,95)				
Acompanhamento da Enfermagem nas 24 horas	92 (96,84)	3 (3,16)				
Verificação de Sinais Vitais	91 (95,79)	4 (4,21)				
Verificação de presença de edema em membros inferiores	43 (45,26)	52 (54,74)	10 (18,52)	7 (12,96)	34 (62,96)	3 (5,56)
Média	**79,73%**	**20,27%**				
ORIENTAÇÕES NO ALOJAMENTO CONJUNTO						
Ingesta hídrica	59 (62,11)	36 (37,89)	32 (42,11)	6 (7,89)	37 (48,68)	1 (1,32)
Alimentação	17 (17,89)	78 (82,11)	11 (52,38)	3 (14,29)	7 (33,33)	
Possibilidade de acompanhante	91 (95,79)	4 (4,21)	65 (66,33)	1 (1,02)	32 (32,65)	
Eliminações fisiológicas	66 (69,47)	29 (30,53)	10 (12,99)	5 (6,49)	61 (79,22)	2 (2,60)
Higiene cabelo	12 (12,63)	83 (87,37)	4 (30,77)		9 (69,23)	
Higiene perineal quando episiotomia ou laceração (n=56)	100%	0	12 (33,33)	6 (16,67)	18 (50,00)	
Cuidados com lóquios	23 (24,21)	72 (75,79)	8 (30,77)	2 (7,69)	16 (61,54)	
Consulta puerperal na Unidade Básica de Saúde	73 (76,84)	21 (22,11)	17 (21,79)	12 (15,38)	49 (62,82)	
Procurar assistência médica no caso de choro, irritabilidade após as primeiras 6 semanas pós-parto.	15 (15,79)	75 (78,95)	6 (33,33)	5 (27,78)	7 (38,89)	
Média	**53,33%**	**46,67%**	**35,98%**	**10,80%**	**52,93%**	

Fonte: A autora (2014)

Os resultados evidenciam que 82,11% das participantes não tiveram orientação profissional sobre a importância da alimentação da puérpera, quando internadas no alojamento conjunto. Entre os 21 profissionais mencionados pelas 17 participantes (17,89%) que tiveram esta orientação, os da equipe de enfermagem foram os mais citados (85,71%). Os profissionais que orientaram foram enfermeiras (52,38%), técnicos de enfermagem (33,33%) e médicos (14,29%), conforme apresentado na Tabela 5.

Quanto à ingesta hídrica, 62,11% das mulheres referiram que tiveram orientação. Entre o total de profissionais citados como os que orientaram (76), tem-se enfermeiras (42,11%), técnicos de enfermagem (48,68%), médicos (7,89%) e residentes em (1,32%). Embora tenha havido orientação por outras áreas profissional, os da equipe de enfermagem foram os mais citados pelas participantes (90,79%).

Quanto à lavagem dos cabelos no puerpério, 12,63% das participantes foram informadas que poderiam higienizá-los, sem prejuízos para o processo de recuperação. Elas receberam informações por parte da equipe de enfermagem (100%).

Orientações sobre os cuidados na higiene perineal, foram fornecidas a 56 das participantes (30,53%), as quais tiveram sutura por Episiotomia ou laceração. Logo 100% delas tiveram orientação (n=56). Entre os profissionais citados como os que mais as orientaram (36), houve enfermeiras (33,33%), médicos (16,67%) e técnicos de Enfermagem (50,00%). Novamente a equipe de enfermagem concentra o maior percentual das orientações (83,33%).

Entre as participantes 24,21% (n=23) afirmaram que os profissionais as perguntaram sobre e /ou verificaram como estava os lóquios. Entre o conjunto de profissionais citados pelas participantes (26) têm-se enfermeiras (30,77%), médicos (7,69%) e técnicos de enfermagem (61,54%). Os profissionais da equipe de enfermagem foram os mais citados pelas participantes como os que realizaram esse cuidado.

Dentre as participantes, 76,84% referiram que tiveram orientação de alta relativa à consulta puerperal. Houve indicação dos profissionais (n=78) que forneceram essas informações, os quais foram técnicos de enfermagem (62,82%), enfermeiras (21,79%) e médicos (15,38%).

Evidencia-se nos resultados que entre as 95 participantes, 15,79% delas obtiveram informação sobre a possibilidade de ocorrência de sintomas relacionadas ao estado emocional da puérpera, citam-se a: depressão pós-parto, como choro, irritabilidade após as seis primeiras semanas pós-parto. Entre o conjunto dos profissionais citados como os que forneceram esta informação estão os técnicos de enfermagem (38,89%), enfermeiras (33,33%) e médicos (27,78%). Os profissionais da equipe de enfermagem foram os mais citados (72,22%).

Os profissionais de enfermagem foram em média os que mais orientaram as usuárias no puerpério no alojamento conjunto, totalizando 88,91% dos profissionais citados pelas usuárias.

4.5 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Das 95 participantes, 18,95% delas foram estimuladas a amamentar na primeira hora de pós-parto. Quando solicitado às mulheres que indicassem o profissional que as orientou, referiram que enfermeiras (88,89%) e médicos (11,11%) foram as categorias profissionais que as estimularam a amamentação no primeiro contato.

Referente ao incentivo e orientação da mulher quanto à amamentação no alojamento conjunto, 76,84% responderam que ocorreu. Entre os profissionais citados que as incentivaram e orientaram (42) houve técnicos de enfermagem (51,89%), enfermeiras (39,62%) e médicos (8,49%).

Quanto ao auxílio e assistência no processo de amamentação, 72,63% das participantes afirmaram que o receberam. A equipe de enfermagem concentrou o maior número de profissionais (68,18%) entre os que o realizaram. Foram citados técnicos de enfermagem (65,91%), enfermeiras (31,82%) e médicos (2,27%).

O exame das mamas foi realizado em 74,74% das participantes. Elas referiram que os profissionais avaliaram a presença do colostro durante o exame, com destaque para os técnicos de enfermagem, que constituíram 55,21% do total dos citados. As enfermeiras representaram 33,33%, os médicos 10,42% e estudantes 1,04%. Observa-se que a equipe de enfermagem representou 88,54% entre os profissionais citados.

Quanto à avaliação da existência de fissura mamária, 67,37% das mulheres referiram que suas mamas foram avaliadas. Entre os profissionais citados como os que avaliaram houve, em ordem decrescente, enfermeiras (44,12%), técnicos de enfermagem (41,18%), médicos (13,24%) e estudantes (1,47%). A equipe de enfermagem representou 85,30%.

Entre as 95 participantes, 53,68% afirmaram que receberam orientação sobre como proceder com o autocuidado das mamas. Os profissionais que foram mencionados como os que orientaram foram enfermeiras, médicos e técnicos de enfermagem. Entre eles a equipe de enfermagem foi mais citada (92,06%).

A orientação sobre a importância da amamentação foi oferecida a 49,47% das mulheres. Entre os profissionais que orientaram, a equipe de enfermagem representou 90,00%

Quanto à orientação para o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida do bebê, 36,84% das participantes, disseram que a receberam. Entre as 44 citações dos profissionais que orientaram o AME, tem-se as enfermeiras (38,64%), médicos (11,36%) e técnicos de enfermagem (50,00%). Os profissionais da equipe de enfermagem foram os que mais realizaram as orientações (88,64%).

A orientação sobre a inadequação da amamentação cruzada foi realizada para 15,79% das mulheres entrevistadas. Entre as 21 citações de profissionais que a realizaram, tem-se as enfermeiras (52,38%), médicos (4,76%) e técnicos de enfermagem (42,86%). A maior frequência de citações (95,24%) foi relativa à equipe de enfermagem.

A Tabela 6 sintetiza os cuidados e orientações referentes aos direitos das mulheres em relação a amamentação.

TABELA 6 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DO ATENDIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES A CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PERÍODO DA AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PROFISSIONAIS QUE OS REALIZARAM, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2014 (n=95)

DIREITO AO EXAME DAS MAMAS, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES

CUIDADOS	**Sim** n (%)	**Não** n (%)	**% de Profissionais citados como os que realizaram cuidados e orientações**				
			Enf. n (%)	**Méd.** n (%)	**Téc. de Enf.** n (%)	**Res.** n (%)	**Est.** n (%)
Verificação do tipo de mamilo	71 (74,74)	24 (25,26)	26 (28,26)	11 (11,96)	53 (57,61)		2 (2,82)
Observação da presença de colostro e ingurgitamento	71 (74,74)	24 (25,26)	33 (33,67)	11 (11,22)	50 (51,02)	2 (2,04)	2 (2,04)
Verificação da existência de fissuras mamárias	64 (67,37)	31 (32,63)	30 (44,12)	9 (13,24)	28 (41,18)		1 (1,47)
Média	**72,28%**	**27,72%**					
ORIENTAÇÃO							
Autocuidado com as mamas	51 (53,68)	44 (46,32)	22 (34,92)	5 (7,94)	36 (57,14)		
Importância da amamentação	47 (49,47)	48 (50,53)	18 (30,00)	4 (6,67)	36 (60,00)	1 (1,67)	1 (1,67)
Aleitamento Materno Exclusivo até 6 meses	35 (36,84)	60 (63,16)	17 (38,64)	5 (11,36)	22 (50,00)		
Inadequação da amamentação cruzada	15 (15,79)	80 (84,21)	11 (52,38)	1 (4,76)	9 (42,86)		
Média	**38,95%**	**61,05%**					

Fonte: A autora (2014)

Em média 27,72% das participantes não tiveram seus direitos garantidos, quanto aos cuidados relativos ao exame das mamas e 61,05% não receberam as orientações sobre o autocuidado com as mamas, sobre a importância da amamentação e do AME até seis meses e sobre a inadequação da amamentação cruzada.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados da pesquisa. Primeiramente discute-se o **perfil das mulheres e suas informações obstétricas.** Segue-se a discussão dos resultados da **análise do atendimento dos direitos das mulheres às boas práticas no parto e puerpério nas três maternidades de risco habitual.** Posteriormente são discutidos os **cuidados no puerpério imediato** e o incentivo ao **aleitamento materno**.

A discussão baseia-se nos documentos Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996), o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011b); os Manuais do Ministério da Saúde, como Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher (2001), Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (2006); Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (2009) e demais manuais e artigos de recomendações internacionais de entidades especializadas no assunto.

5.1 PERFIL DAS MULHERES

A amostra foi constituída por 95 mulheres, predominantemente entre 15 a 38 anos, em sua maioria com ensino médio completo e em fundamental incompleto, com parceiro fixo, renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, e com ocupação do lar. Os serviços de saúde de atendimento à Saúde da Mulher devem estar preparados para atender as mulheres de qualquer faixa etária. Porém as adolescentes devem ter atendimento especial, uma vez que necessitam ser desestimuladas a engravidar, uma vez que desejem terminar os estudos e preparar-se para um futuro profissional favorável. Além disso, precisam de apoio diante de possíveis alterações psicossociais nessa fase da vida. Outro grupo de atendimento especial são as mulheres que engravidaram após os 35 anos. É a partir dessa faixa etária que aumentam as chances de concepção associada a cromossomopatias

fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21, hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e óbito fetal (SÃO PAULO, 2010).

No entanto, nesta pesquisa os resultados encontrados entre as 95 participantes apontam que 85,26% delas estão em idade entre 18 a 35 anos, correspondendo à faixa de idade reprodutiva relativa ao grupo de menor risco obstétrico.

O grau de escolaridade das mulheres é considerado um fator de risco obstétrico segundo o Ministério da Saúde e tem relação direta com a adesão às consultas de pré-natal (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2009). Nesta pesquisa houve predomínio de mulheres que concluíram o ensino médio (35,79%) e das que tem ensino fundamental incompleto (27,37%).

A escolaridade materna tem sido relacionada ao acesso ao pré-natal. No Brasil, as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram, entre 2000 e 2009, maior proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal. As mães que não referiram ter “nenhuma instrução” representaram a maior proporção daquelas sem qualquer consulta de pré-natal (FIOCRUZ, 2012).

Essa situação se explica devido há pouco tempo de estudo dificultar a eficácia de ações educativas (JOCA, 2005). Mulheres com maior escolaridade, especialmente as que possuem nível superior, assimilam e compreendem melhor as informações e sofrem menor influência de familiares, nos cuidados com ela e com o bebê (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002 ; TREVISAN *et al.,* 2002).

As mulheres com pouca escolaridade e renda baixa representam as parcelas mais vulneráveis a complicações obstétricas, além de serem incluídas na categoria de risco para filho com baixo peso ao nascer (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006; LEITE, 2009). Os resultados encontrados nessa pesquisa, mostram que a renda familiar das participantes está predominantemente abaixo de 3 salários mínimos (84,21%).

Observou-se que 45,26% referiu não exercer nenhuma atividade remunerada, sendo sua atual ocupação ‘do lar’, sendo que 35,39% das participantes afirmam que quatro pessoas moram em seu domicílio. O fato de não terem ocupação remunerada

pode ser justificado pela responsabilidade, cuidado e educação dos filhos na família, pela falta de oportunidade no mercado de trabalho, por dificuldades com quem deixar os filhos e baixa remuneração oferecida, fatores que, em conjunto, acabam por não compensar financeiramente a sua saída de casa (SPINDOLA, PENNA, PROGIANTI, 2006).

Verificou-se que em relação ao estado civil, 83,16% das participantes encontram-se em união consensual ou casadas, ou seja, possuem parceiro fixo. Resultado similar ao de estudo que constatou que 83,6 % das puérperas de uma maternidade pública eram casadas ou viviam com companheiro (LEITE, 2013). Nesta pesquisa observa-se que a maioria das participantes (66,32%) estão em união consensual, moram junto com o companheiro. O que condiz com dados publicados pelo IBGE (2010), que referem que mais de um terço das uniões no Brasil são consensuais (sem casamento civil ou religioso). Este tipo de relacionamento aumentou de 28,6%, em 2000, para 36,4% do total, no último levantamento.

5.2 INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS

Houve predomínio de multíparas (57,89%) na amostra, que vivenciaram 2 partos. A maioria das participantes realizaram mais de seis consultas de pré-natal, em unidades básicas de saúde de Curitiba (73,63%), e o companheiro esteve presente ao longo da gestação.

Entre as entrevistadas, verificou-se uma excelente frequência quanto à realização do pré-natal. O número médio de consultas entre as participantes foi de 8 ±3,12. As consultas de pré-natal realizados por elas variou de no mínimo 2 e no máximo 18 consultas, e a maioria realizou mais de 6 consultas de pré-natal (69,47%).

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu um protocolo com critérios mínimos a serem observados durante o acompanhamento pré-natal, garantindo a qualidade da assistência às gestantes atendidas na rede pública de saúde. O PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma

gestação a termo, com início do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000).

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES *et al*., 2012).

5.3 ATENDIMENTO DOS DIREITOS DAS MULHERES DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E PUERPÉRIO

Nesta seção são discutidas as práticas realizadas no período perinatal imediato, com ênfase naquelas que representam direitos das mulheres, de acordo com o que está preconizado pela OMS e o Ministério da Saúde referente às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

5.3.1 Categoria A - relativa às práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas

As mulheres em trabalho de parto devem ser avaliadas pelos prestadores de serviços de saúde, na perspectiva da sua integralidade, durante todo o período perinatal em que se encontram internadas.

Uma pequena porcentagem (24,21%) das participantes deste estudo pôde escolher a posição em que gostariam de ter seu filho. As posições escolhidas e adotadas foram lateral e dorsal, quatro apoios, posição vertical, ginecológica, sentada e no chuveiro de cócoras.

As mulheres em trabalho de parto que permanecem em posição horizontal estão mais propícias à compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, a

apresentar dificuldade nas trocas gasosas entre mãe/filho e diminuição efetiva das contrações uterinas (GUPTA; HOFMEYR, 2010).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a mulher não seja colocada em posição de litotomia durante o trabalho de parto e parto, por considerá-la prejudicial ou ineficaz (OMS, 1996). No entanto, cada mulher deve ter a liberdade de escolha sobre a sua posição.

As posições alternativas, como as posições lateral (Sims), vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada, e de quatro apoios) podem trazer benefícios para o parto (GUPTA; HOFMEYR, 2010). As mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, porém as evidências científicas são favoráveis às posições não-supinas (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Nesta pesquisa, as enfermeiras tiveram destaque (69,57%) em relação ao estímulo à mulher na escolha da posição do parto. Segundo Schirmer, Fustinoni e Oliveira (2011), a enfermeira obstétrica detém conhecimento científico para incentivar as posições não convencionais e é capaz de oferecer às mulheres uma escolha livre e clara.

A maioria (93,68%) das participantes foi chamada pelo nome pelos profissionais que as atenderam, desde a admissão até a alta hospitalar. Durante o trabalho de parto, 77,89% referiram que puderam expressar sentimentos, queixas, e dúvidas.

Segundo as participantes, o conforto emocional foi promovido para 70,27% delas, principalmente por meio do diálogo (94,59%). Para o alívio da dor, foram orientados métodos não farmacológicos, entre outras informações sobre procedimentos que seriam realizados, tais como: possibilidade de acompanhante; de ingesta hídrica e de alimentos, e de escolha da mulher em relação a posições não supinas no parto, tricotomia e enema (54,73%).

Estas práticas recomendadas pela OMS têm relação com a humanização da assistência. Neste sentido, autores aludem que humanizar é também respeitar a individualidade das pessoas, saber ver e escutar o outro, e realizar a assistência

com respeito a “cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões das mulheres” (SANTOS; OKAZAKI, 2012 p.67).

Nesta perspectiva, a atuação profissional na humanização da assistência ao parto implica respeito às mulheres não somente quanto aos aspectos fisiológicos, mas também aos sociais e culturais, sem interferências desnecessárias. É indispensável oferecer suporte emocional à mulher e sua família, e contribuir para a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo do binômio mãe-filho (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Ao contrário, a assistência não será humanizada se as mulheres e seus familiares/acompanhantes desconhecerem os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; se o acompanhante não for orientado e preparado; se a relação entre profissionais da saúde e parturiente for assimétrica; se a informação for negada ou insuficiente; e se houver falta de comunicação entre os profissionais da saúde com a parturiente (COSTA; OLIVEIRA; LIMA, 2010).

Considerar a presença de acompanhante pode ser um indicador de qualidade, segurança e de respeito institucional e dos profissionais pelos direitos das mulheres no atendimento (RANCE, 2013). A lei federal nº. 11.108 garante a todas as mulheres o direito de escolha de um acompanhante nos períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e recomenda que esta prática deva ser aplicada a todos os serviços públicos e privados (BRASIL, 2005).

Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, 83,16% das participantes usufruíram de mais de um método. O estímulo por parte dos profissionais de saúde para que as mulheres assumissem posição não supina no trabalho de parto ocorreu para 72,64% delas.

Em um estudo publicado recentemente, denominado “Nascer no Brasil”, realizado em nível nacional, por meio de entrevistas com 23.940 puérperas, foi evidenciado que 26,7% delas receberam os métodos não farmacológicos e aproximadamente 45% foram estimuladas a se movimentar (LEAL *et al*., 2014). Os resultados diferem e são inferiores aos achados nesta pesquisa. No Município de Curitiba, pode-se perceber que as maternidades de risco habitual da rede pública

estão colocando em prática essas recomendações da Rede Cegonha em proporção maior que em nível nacional.

Os métodos que visam ao alívio da dor durante o trabalho de parto são práticas que têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções e cesarianas desnecessárias, e também atenuando a administração de fármacos, tais como analgésicos e anestésicos (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Entre os métodos que podem ser utilizados, tem-se: **massagem**, manual ou por meio do uso de uma bola de tênis; automassagem ou massagem realizada pelo acompanhante; **musicoterapia**, que embora não reduza a dor, pode causar um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção na hora do parto; **bola de parto,** que permite movimentação da mulher, a qual poderá inclinar-se para frente ou apoiar-se durante as contrações, conferindo-lhe uma sensação de controle e de movimento ativo, que auxilia na rotação e descida do feto; **deambular e mudar de posição,** podendo a mulher sentar, caminhar, ajoelhar-se, ficar de pé, deitar-se, ficar de quatro apoios e, assim, obter alívio da dor no trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Em se tratando do direito de ingerir líquidos durante o processo de trabalho de parto, observa-se que 38,95% referiram que tiveram esse direito garantido.

Antigamente era recomendado e comum o jejum durante o trabalho de parto. Acreditava-se que havia maior risco de aspiração do conteúdo gástrico na eventualidade de uma anestesia geral. Entretanto, ultimamente, é muito rara a necessidade de anestesia geral durante o parto, sobretudo em mulheres de baixo risco (HOFMEYR, 2005). Portanto, mesmo no caso de uma analgesia de parto pela técnica peridural ou combinada, a ingestão de líquidos é permitida e deve ser encorajada (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Os cuidados como verificação dos batimentos cardiofetais (BCF) e contrações uterinas foram oferecidos a 90,53% das participantes. Segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2009), a fim de evitar que eventuais erros de interpretação ou a subjetividade do momento possam levar à hipóxia fetal,

preconiza-se a verificação tanto dos batimentos cardíacos fetais como da atividade uterina, concomitantemente.

Em relação à administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto (dequitação), essa prática foi realizada a 100% das participantes.

Alguns medicamentos são hoje conhecidos na prevenção e no tratamento da hemorragia pós-parto (HPP), como misoprostol, ergometrina, ocitocina. Segundo Hofmeyr (2009), a ocitocina é mais segura e efetiva do que o misoprostol oral ou sublingual para redução da hemorragia pós-parto. Portanto, tem sido apontada como a droga de escolha, quando recomendada. Sendo assim, todo esforço deve ser feito para torná-la acessível a todas as mulheres (BUEKENS; ALTHABE, 2010).

Em um estudo de revisão sistemática sobre o uso profilático de ocitocina no terceiro período do parto, foram incluídos 14 ensaios clínicos de maior impacto. Foram comparados diversos uterotônicos e o não uso de algum deles. Os autores concluíram que há destaques quanto ao uso da ocitocina de modo profilático com a finalidade de redução de 50% do risco de hemorragia pós-parto e da necessidade de ocitócitos terapêuticos, quando comparados à ausência de uterotônicos (ELBOURNE *et al*., 2013).

No tocante ao contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, esta prática foi incentivada a 71,58% das 95 participantes. Todavia, somente 18,95% destas foram estimuladas a amamentar na primeira hora de pós-parto. Fato de destaque, uma vez que revela que os profissionais de saúde estão estimulando o contato cutâneo entre mãe e filho, mas deixando a desejar em relação ao estimulo à amamentação.

A Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, institui a importância da atenção integral e humanizada ao recém nascido, considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde no que tange ao apropriado cuidado ao parto e nascimento e, principalmente, quanto às boas práticas do atendimento materno-infantil. Em seu artigo 4°, refere que seja assegurado ao recém-nascido o contato pele a pele com sua mãe, de modo imediato e contínuo. O RN deverá ser colocado de bruços “sobre o abdômen ou

tórax da mãe" de acordo com a vontade dela. Além disso, deve ser protegido com uma coberta seca e aquecida. A temperatura do ambiente deverá manter-se em torno de 26 graus celsius para que se previna a perda de calor. A referida portaria recomenda que o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, excetuando-se os casos de mães soropositivas ao vírus da imunideficiência adquirida(HIV) ou vírus linfotrópico da célula humana (HTLV) (BRASIL, 2014).

O contato pele a pele favorece a ocorrência de vários eventos hormonais importantes para a relação mãe/filho. O toque, o cheiro e o calor estimulam o nervo vago, fazendo com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e com isso aqueça por meio do contato pele a pele o seu filho. Por outro lado, a ocitocina minimiza a ansiedade materna e aumenta a sua tranquilidade (MERCER *et al*., 2007).

Em atual explanação sobre o quarto passo dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", a UNICEF/OMS refere que os recém-nascidos devem ser colocados junto à mãe imediatamente nos primeiros minutos de vida, encorajando-as na importância da amamentação e estimulando-as ao contato contínuo por pelo menos uma hora (WHO, 2006). Nesta pesquisa identificou-se que a média de contato pele a pele foi de 8,94 minutos ±11,94, o que evidencia que o tempo de contato não atingiu o preconizado, tampouco foi adequado para o estímulo à amamentação.

Estudos demonstram que os motivos para o término desse contato variam desde o pedido da mãe até a solicitação da equipe multidisciplinar para dar início à realização dos cuidados a serem prestados ao RN. Isto pode estar relacionado com a ansiedade da equipe e a pressa em realizá-los, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no setor (MATOS *et al.*, 2010).

5.3.2 Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

O procedimento de lavagem intestinal (enema) foi realizado para 18,95% das participantes e, coincidentemente, todas estavam na mesma maternidade (Maternidade C).

A possibilidade de a mulher evacuar no momento do parto pode ser uma intervenção desconfortável e constrangedora à parturiente. Por décadas, o enema foi recomendado no pré-parto, com base na teoria de que um reto vazio estimula as contrações uterinas, facilita a descida fetal, reduz a contaminação fetal no nascimento, além da redução da infecção materna e neonatal (WHO, 1996; WHO, 2003).

Atualmente, a prática do enema no pré-parto não é recomendada pelas boas práticas de atendimento ao parto e nascimento.

De acordo com os resultados desta pesquisa, ainda em uma das maternidades (C) este procedimento é realizado por profissionais de enfermagem, conforme relatado por 51,43% das participantes que receberam assistência perinatal nesta instituição (n=35), independentemente se a mulher foi solicitada a decidir sobre receber o enema. Este percentual indica o não atendimento ao que é recomendado pelas Boas práticas de atendimento ao Parto e Nascimento (OMS,1996).

Embora o procedimento de tricotomia nas três maternidades representou 14,74% do total de participantes (n=95), este percentual relaciona-se a 40% das 35 mulheres entrevistadas na Maternidade C.

A tricotomia e o enema são procedimentos considerados “desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde” (SILVA *et al*., 2014 p. 724), em alguns serviços.

A prática da tricotomia ou raspagem dos pelos deixa os poros da pele abertos e mais propensos a infecções. Acarreta efeitos inconvenientes, pois pode causar

pequenas lacerações durante a raspagem, favorecendo infecções e causando incômodo à mulher quando os pelos começam a crescer (OMS, 2009).

Quanto à infusão de ocitócitos durante o trabalho de parto, ocorreu para 51,58% das participantes. Esta prática intervencionista, e não recomendada, pode causar desconforto às mulheres e seu uso sem indicação pode levar a complicações (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Classifica-se a indução do trabalho de parto como uma conduta eletiva ou terapêutica. São eletivas aquelas oportunas por parte do médico ou da paciente. No entanto, as indicações terapêuticas são consideradas quando há risco fetal pela permanência no útero, podendo ocorrer devido à rotura prematura das membranas ovulares ou à infecção ovular; ao próprio feto como macrossomia, crescimento intrauterino limitado; às intercorrências clínicas maternas, tais como, hipertensão, diabetes, nefropatias e pneumopatias; e à idade gestacional com a gravidez prolongada (CUNHA, 2010).

A OMS considera que o uso de enema, tricotomia e infusão rotineira de soro com ocitócitos são práticas prejudiciais ou não-efetivas, as quais devem ser eliminadas (WHO, 1996; WHO, 2003).

Nesta pesquisa o uso da posição supina não foi muito frequente, pois 27,37% das participantes não foram estimuladas a assumirem posições verticalizadas. O desenvolvimento do parto em posição de litotomia (ginecológica) aconteceu para 75,79% das mulheres. Os dados apontam para o predomínio de posições supinas e litotômicas durante o parto, além de que ainda não tem acontecido o incentivo à mulher para decidir quanto a escolha da posição mais confortável para o parto.

No estudo Nascer no Brasil, a incidência de posição de litotomia durante o parto se deu para 92% das mulheres (LEAL *et al.*, 2014), resultados superiores aos desta pesquisa.

Autores (PRIDDIS; DAHLEN; SCHMIED, 2012) realizaram uma revisão da literatura com 40 artigos relevantes para identificar o impacto das posições no nascimento no bem estar da mulher e da criança. As evidências apontam que as mulheres estimuladas à posição vertical evoluem com um primeiro e segundo

estágios do trabalho de parto mais curtos, vivenciam menos intervenções, relatam menos dor intensa e, consequentemente, apresentam nível de satisfação aumentado em relação à experiência de parto do que as mulheres que o vivenciaram em posição supina / litotômica.

Os autores comentam que há lacunas em relação a pesquisas acerca de fatores ou práticas que facilitem ou inibam mulheres a adotar várias posições durante o parto e nascimento. Contudo, identificaram nos estudos investigados que as preferências por posições e as filosofias dos profissionais de saúde são também reportadas como fatores que impactam na posição que as mulheres adotam durante o nascimento (PRIDDIS; DAHLEN; SCHMIED, 2012).

5.3.3 Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão

Na hora do parto, 38,95% das participantes receberam pressão do fundo do útero (Manobra de Kristeller) realizada pelos profissionais que as atenderam. Comparando-se os dados desta pesquisa com o da realizada no país (37%), por meio do estudo Nascer no Brasil, pode-se observar que são semelhantes (LEAL et al.,2014).

Vários países ainda realizam com frequência esta prática de fazer pressão no fundo do útero durante o segundo estágio do trabalho de parto, sob a premissa de que possa acelerar o nascimento. Além do desconforto materno, acredita-se que esta prática possa ser perigosa para o seu útero e períneo, e para o feto, mas não existem dados de pesquisa sobre esse assunto. Esta manobra é usada com muita frequência, sem que existam evidências de sua utilidade (OMS, 2009).

O uso rotineiro de ocitocina no terceiro estágio não é recomendado (OMS, 1996). Observou-se nesta pesquisa que 100% das participantes receberam ocitocina intramuscular logo após o nascimento do seu filho.

Todavia, o Ministério da Saúde recomenda a aplicação do uterotônico profilático para hemorragia pós-parto antes da dequitação placentária (BRASIL, 2000). Cada serviço de saúde deve estabelecer seu protocolo para prevenção da hemorragia pós-parto baseado em evidências científicas, a fim de contribuir para redução da mortalidade materna e de complicações graves para a saúde da mulher (VIEIRA *et al*., 2007).

Revisões sistemáticas atuais revelam que a ocitocina profilática em alguma dose diminui a hemorragia pós-parto maior que 500ml e a necessidade de uterotônicos terapêuticos comparados ao uso de placebo. Se o uso intravenoso não é possível, o uso por via intramuscular apresenta benefícios para esta prevenção, com os mesmos benefícios apontados, embora sem apresentar significância estatística.

Entretanto o uso profilático de ocitocina foi associado a menores efeitos colaterais quando comparados a outras drogas, especificamente náusea e vômito. Esta evidência faz da ocitocina a opção mais desejável para o uso rotineiro na prevenção de hemorragia pós-parto.

O estudo sugere que mais experimentos placebo-controlados, randomizados e duplo cegos são necessários para aprimorar a qualidade dos dados utilizados para avaliar a dose efetiva, tempo e via de administração para essa prevenção. Ademais, mais estudos deverão ser realizados em vários países, principalmente nos subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a fim de avaliar o uso de ocitocina em centros de parto que apresentem maior ocorrência de hemorragia pós-parto, com o propósito de diminuir as taxas de morbidade e mortalidade no mundo todo (WESTHOFF; COTTER; TOLOSA, 2013).

Nesta pesquisa não foram levantados dados sobre a tração do cordão umbilical no terceiro estágio. Entretanto, destaca-se que a OMS (1996) recomenda que este procedimento seja feito com cautela.

Todavia, um estudo francês em cinco maternidades de hospitais universitários revelou que em um ambiente de muitos recursos, o uso de tração controlada do cordão para o gerenciamento da expulsão da placenta não teve efeito significativo

na incidência da hemorragia pós-parto e outras perdas sanguíneas no terceiro estágio do parto. Portanto afirmaram não haver evidências para o uso rotineiro da tração controlada do cordão na prevenção de hemorragia pós-parto (DENEUX-THARAUX *et al.*, 2013).

5.3.4 Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

A restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto devem ser evitadas, porém nesta pesquisa as mulheres não tiveram esse direito respeitado, uma vez que a 61,05% delas não foi oferecida a possibilidade de beber líquidos.

As evidências científicas referem que não deve haver restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações, ou seja, as que são consideradas de risco habitual (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). Portanto os benefícios de uma nutrição baseada nos desejos da mulher devem superar a intenção dessas práticas de restringir a hidratação hídrica e a alimentação.

Exames vaginais (toque) repetidos ou frequentes foram realizados em 98,95% das participantes. Em geral, o exame vaginal é necessário para detectar as alterações do colo uterino, somente deve ser realizado por profissionais aptos, com mãos limpas e usando luvas estéreis. O número de exames vaginais deve ser limitado, se o trabalho de parto estiver evoluindo normalmente. Em hipótese alguma a mulher deve ser forçada a realizar o exame vaginal, repetidamente ou intervalo superior a duas horas (OMS, 2009).

Adicionalmente, deve-se evitar que os toques sejam realizados por diversos profissionais e/ou por estudantes, sem que as mulheres os autorizem. Nesta pesquisa, a realização do toque por mais de um profissional foi referida por 82,98% das participantes, prática inadequada e que pode causar constrangimentos à mulher.

Realizar a “correção” da dinâmica uterina com soro de ocitocina é considerado pelas boas práticas de atendimento como inadequada. Nesta pesquisa

pode-se verificar que 51,58% (49) das mulheres receberam soro com ocitocina e 8 (8,42%) receberam comprimido por via vaginal, com a finalidade de estimular a contração uterina no primeiro estágio de trabalho de parto. Destaca-se que 4 (4,21%) participantes referiram que além do soro, foi colocado comprimido por via vaginal.

Autores comentam que na prática obstétrica brasileira há pressa em provocar o nascimento, sem respeito à autonomia das mulheres no seu processo de parto. O controle do tempo e a imposição dos profissionais exemplificam o índice excessivo de intervenções, que implicam, muitas vezes, cesarianas desnecessárias, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do profissional que realiza o parto e não na evolução natural do corpo da mulher (LEAL *et al*., 2014).

A transferência da mulher da sala de pré-parto para outra sala, momentos antes do parto, aconteceu com 52,63% das participantes.

Durante o trabalho de parto e o parto, as mulheres podem, sem dúvida alguma, ser atendidas e ter seus partos na mesma sala de pré-parto. Porém parece que ainda é costume transferir a mulher para a sala de parto, no início do segundo estágio.

A busca pelo ambiente da sala de parto, muitas vezes, ocorre por ser de conveniência para o profissional, caso seja necessária alguma intervenção. Isto se explica pelo fato de a sala ser equipada com luzes, instrumentos e uma mesa obstétrica com estribos ou perneiras metálicas, as quais facilitam a posição de litotomia. No entanto, qualquer transferência desnecessária é desagradável para a mulher neste momento, portanto deve ser evitada (OMS, 2009).

A episiorrafia foi realizada em 35,79% das participantes, suturas por laceração ocorreram para 21,05% delas e 43,16% das mulheres não foram submetidas a suturas.

Tradicionalmente, a episiotomia foi utilizada com objetivo de facilitar o parto e reduzir o trauma perineal. Atualmente, as evidências científicas recomendam que não seja realizada episiotomia de rotina, pois pode ser prejudicial. Este procedimento não protege o assoalho pélvico; causando dor e desconforto no local;

podendo ainda ocasionar sangramento e complicações intra e pós-operatórias (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, somente poderia ser realizado com o consentimento informado da mulher (BRASIL, 2001).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% a 30% (WHO, 1996). Nesta perspectiva, a taxa de 35,79% identificada nesta pesquisa pode ser considerada elevada.

Então procedimentos que são considerados danosos ou ineficazes, como tricotomias, episiotomias, enemas, cateterismos venosos, jejum, ruptura precoce de membranas e monitorização eletrônica fetal não são recomendados para serem realizados de forma rotineira (COSTA; OLIVEIRA; LIMA, 2010; BRASIL, 2002).

Os serviços comprometidos com a qualidade da atenção perinatal devem seguir as recomendações das boas práticas de atendimento ao parto e nascimento da OMS e do Ministério da Saúde para o manejo do trabalho de parto. Entre elas, destacam-se: a ingesta hídrica; o estímulo às mulheres para posições verticalizadas e a livre movimentação, a fim de melhorar o conforto materno e facilitar a evolução do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, dentre eles banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens, exercícios com bola, penumbra e outros. Essas práticas podem e devem ser ofertadas, uma vez que são condutas não invasivas e de baixo custo (WHO, 1996; ESPANÃ, 2010; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012).

5.4 CUIDADOS E ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO IMEDIATO

O puerpério é considerado o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações do corpo da mulher, ocorridas na gravidez e parto, retornam a seu estado pré-gravídico (BRASIL, 2001). Logo após o parto, o corpo feminino precisa

de um tempo para se recuperar. Portanto as mulheres necessitam de cuidados e orientações constantes, por parte dos profissionais de saúde que as atendem.

O puerpério pode ser classificado em puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (10º ao 45º dia) e puerpério remoto (após o 45º dia), sendo fundamental o reconhecimento do período do puerpério que a mulher se encontra para que a assistência seja planejada e realizada adequadamente, com benefícios para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2006).

Como referido na Seção 5.3, sobre a importância de a mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, as orientações sobre esse direito devem partir dos profissionais que as atendem. Entre as 95 participantes desta pesquisa, 95,79% referiram que receberam informação sobre o direito de acompanhante durante o período de internação, inclusive no alojamento conjunto.

Observou-se durante o período de coleta de dados, que nas três maternidades foram afixados cartazes que descrevem sobre a Lei da Presença do Acompanhante a qual surgiu para garantir a mulher o direito de escolher a pessoa de sua confiança para acompanhá-la durante todo o processo nos hospitais públicos e conveniados com SUS. O acompanhante vem a garantir uma redução da duração do trabalho de parto, minimiza o uso de medicações para alívio da dor; o número de cesáreas e a depressão pós-parto; e auxilia no apoio para amamentação (BRASIL, 2005). Além disso, representa um aliado da mulher durante os períodos desconfortáveis que ela possa vivenciar.

Para que o acompanhante possa apoiar e auxiliar a mulher na maternidade, é importante orientá-lo acerca do tipo de auxílio que ele pode realizar. Neste sentido 24,73% das participantes, referiram que seus acompanhantes receberam orientações sobre este auxílio.

Realizar a visita no leito de cada mulher demonstra uma parceria entre os profissionais que as atende. Os médicos; enfermeiras; equipe de enfermagem; entre outros contribuem para construir estratégias de melhoria no atendimento e na mudança de paradigmas, de que diferentes profissionais possam atuar

conjuntamente com o objetivo de melhorar as práticas de cuidado oferecidas à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2010).

A enfermagem, no entanto, tem papel fundamental nesse processo de recuperação no pós-parto. Os cuidados de enfermagem devem ser realizados constantemente e quando necessários. A visita médica foi relatada por 81,05% das mulheres e a presença da equipe de enfermagem nas 24 horas foi referida por 96,84% delas.

A verificação dos sinais vitais foi realizada para 95,79% das participantes. O que se destaca é que Pressão Arterial (PA) e a Temperatura (T°) foram verificadas para 100% delas, mas o pulso foi verificado para 27,47% delas e a respiração para 4,21%. A observação se a mulher está apresentando edema dos membros inferiores (MMII) foi realizada em 45,26% das participantes.

A assistência de enfermagem na fase imediatamente após o parto deve ser realizada com maior ênfase nas primeiras duas horas, pois neste período há grandes chances de sangramento, que pode comprometer seriamente o estado geral da puérpera. Os sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura axilar) devem ser verificados e registados no pós-parto imediato pela equipe de enfermagem, de 4 em 4 horas (MOÇAMBIQUE, 2011). A monitorização adequada deve seguir os seguintes padrões: pressão arterial média acima de 90 mmhg; frequência cardíaca igual ou abaixo de 90 bpm; frequência respiratória acima de 12 e abaixo de 18 rpm; diurese igual ou acima de 25 ml hora e saturação de oxigênio por oximetria igual ou acima de 95% (BELO HORIZONTE, 2010).

Todavia, a temperatura axilar da puérpera pode apresentar ligeiro aumento nas primeiras vinte e quatro horas, sem que isso esteja associado a um quadro infeccioso. Por sua vez, a pressão arterial e a frequência cardíaca necessitam ser verificadas a cada quatro horas, porque pode ocorrer uma diminuição do débito cardíaco levando a uma bradicardia. Se isso acontecer, é necessário que a puérpera faça repouso no leito por mais tempo (BRASIL, 2002).

Com as modificações circulatórias no pós-parto, as mulheres devem ser estimuladas à movimentação do seu corpo, intercalada a momentos de descanso

com os membros inferiores elevados. Esta movimentação favorece o retorno venoso e a avaliação de membros inferiores deve ser realizada diariamente. A conduta de enfermagem é principalmente estimular a deambulação precoce e observar a presença de edemas, dor, hiperemia local (ABENFO, 2010).

Quanto à alimentação no período puerperal, 82,11% das participantes referiram que não foram orientadas que podiam se alimentar no pós-parto imediato. Entre as 17,89% que foram orientadas, estas citaram os profissionais da equipe de enfermagem (52,38%) como os que mais realizaram as orientações.

“Cientificamente, não há restrições alimentares durante esse período. Ainda é recomendada uma dieta equilibrada com carboidratos, proteínas, vitaminas e líquidos em quantidade suficiente para sanar tanto as necessidades maternas quanto as do RN” (ACOSTA *et al.*, 2012 p.1332). Portanto uma boa alimentação neste período é muito importante para ajudar na rápida recuperação da mulher, como também no processo da amamentação. Mas é um período que envolve muitas crenças populares e por este motivo as puérperas devem receber atenção profissional redobrada e todas as orientações necessárias.

A orientação sobre ingesta hídrica no puerpério imediato foi oferecida a 62,11% das mulheres entrevistadas. Novamente os profissionais de enfermagem representaram importante papel nesta atividade (90,79% das orientações).

Após o parto, a mulher pode apresentar uma diurese escassa, em razão da desidratação no trabalho de parto. É normal que, a partir do 2º ao 6º dia, passe a eliminar grande quantidade de urina, devido ao acúmulo de líquidos durante a gestação. Portanto a conduta de enfermagem deve ser a de observar e registrar os dados sobre a eliminação vesical; orientar e estimular a ingesta hídrica – dois litros de água por dia – e solicitar que a mulher comunique caso apresente dor e/ou ardência ao urinar (ABENFO, 2010).

A higiene dos cabelos após o parto foi orientada a 12,63% das mulheres. Apesar da baixa frequência de orientações quanto os cuidados com os cabelos, os membros da equipe de enfermagem foram referidos como os que realizaram as orientações para 100% das participantes.

Os cuidados com a higiene perineal, quando a mulher passou por procedimentos de episiotomia ou sutura por laceração, foram orientados a 30,52% das entrevistadas. Os profissionais da equipe de enfermagem foram referidos como os que mais orientaram (83,33%).

Quanto aos lóquios (sangramento), 24,21% das participantes citaram que receberam orientação. Estas devem incluir: observação quanto à coloração; quantidade do sangramento; odor; bem como sobre a involução uterina; os cuidados e higiene; observação do processo de cicatrização da sutura de episiotomia ou lacerações; e se há presença de edema; hematoma ou deiscências; explicar o uso de compressa fria, a fim de minimizar edema e hematoma local; e procura de assistência caso apresente complicações persistentes (ABENFO, 2010). Novamente, os profissionais da equipe de enfermagem foram os mais citados (92,31%) como orientadores neste caso.

A orientação dada na alta e referente à consulta puerperal foi realizada a 76,84% das mulheres, por técnicos de enfermagem (62,82%) , e na sequência, por enfermeiras 21,79% e médicos 15,38%.

Neste caso, o retorno da mulher à Unidade Básica de Saúde (UBS) após a alta hospitalar, em uma unidade mais próxima à sua residência deve ser agendado e orientado no momento da alta hospitalar. A mulher deve ser informada sobre a consulta puerperal como um momento importante para avaliar as condições gerais de sua saúde; para verificar o processo de amamentação e ser orientada quanto aos cuidados com o recém-nascido; ser avaliada quanto a situações de risco ou intercorrências; e ser orientada quanto ao planejamento familiar (ABENFO, 2010).

A orientação quanto à possiblidade de depressão pós-parto, foi realizada a 15,79% das participantes. Os profissionais que realizaram a orientação foram técnicos de enfermagem 8,89%, enfermeiras 33,33% e médicos 27,78%.

Menos de 25% das mulheres acometidas pela depressão pós-parto têm acesso ao tratamento e 50% dos casos são diagnosticados (WHO, 2006).

No período puerperal, alguns transtornos mentais estão sendo cada vez mais frequentes. As mudanças que acontecem como a chegada de um filho à família,

com as novas responsabilidades, o medo e os questionamentos, e além de mudanças físicas e hormonais que ocorrem no período perinatal são fatores que podem levar as mulheres a desenvolver sintomas que levem à depressão (WHO, 2009).

Portanto, a depressão pós-parto é um problema sério de saúde pública, justificando a capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce dos sintomas como tristeza, choro, irritabilidade que podem evoluir para depressão.

Cuidados de enfermagem à puérpera no alojamento conjunto são fundamentais, a fim de prevenir complicações; promover conforto físico e emocional; realizar ações educativas; desenvolver a empatia e valorizar individualmente cada mulher. Estas estratégias ajudam no enfrentamento e adaptação à maternidade, com ações voltadas para a superação de dificuldades (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Infelizmente, autores comentam que é comum não haver o entendimento, por parte de usuárias e profissionais de saúde, de que o cuidado de qualidade, seguro e respeitoso seja um direito da mulher, mesmo a instituição sendo pública e gratuita (ALMEIDA; SILVA, 2008).

5.5 INCENTIVOS AO ALEITAMENTO MATERNO

Devido aos benefícios do aleitamento materno, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram como critérios globais mínimos ‘dez passos para o sucesso da amamentação’. E como estratégia para implementação, desenvolveu um conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso e foi nomeado como Iniciativa do Hospital Amigo da Criança - IHAC (WHO/UNICEF, 2007).

A IHAC foi lançada em 1992 e o Brasil estava entre os doze primeiros países a adotar esta estratégia. Porém, após vários anos, menos de 10% das maternidades brasileiras foram credenciadas como Hospital Amigo da Criança (IBFAN, 2010).

No Paraná são dezoito hospitais amigos da criança (UNICEF, 2010). Destaca-se que as três maternidades (A, B e C) que foram locais de estudo desta pesquisa, são credenciadas como Hospital Amigo da Criança.

Entre os componentes da Rede Cegonha, também foi estabelecida a realização da promoção ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável (BRASIL, 2011d).

Na Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, o Ministério da Saúde redefiniu os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em acordo com a estrutura organizacional da Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

Dentre as participantes, 18,95% referiram que foram estimuladas a amamentar na primeira hora. Os profissionais de saúde, enfermeiras (88,89%) e os médicos (11,11%) foram citados pelas mulheres como os que realizaram esta orientação.

Para a mulher, a amamentação tem papel importante em diferentes aspectos, pois auxilia “no fortalecimento do vínculo afetivo com o bebê, ajuda na involução uterina, atua na diminuição do risco de hemorragia, contribui ainda para o retorno ao peso anterior ao da gestação”. Além disso, pode provocar sentimentos saudáveis à mãe (BRASIL, 2011e, p.8).

Estes sentimentos são caracterizados pelo aumentado da liberação de hormônios como a prolactina, que produz sensação de paz e afeto, permitindo o relaxamento da mulher, bem como a aproximação com seu filho; e também de ocitocina, hormônio que promove sentimento de amor e apego entre o binômio mãe/filho (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2014).

A recomendação de colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o nascimento e auxiliá-las a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto corresponde ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (WHO, 2007, 2009; UNICEF, 2009).

Percebeu-se nesta pesquisa, a incoerência em relação a essa recomendação, pois a maioria das participantes teve contato pele a pele com seu recém-nascido, porém a minoria foi incentivada a amamentar na primeira hora.

O incentivo ao aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde deve acontecer ainda na sala de parto, desde que mãe e filho estejam em condições viáveis e aproveitando o momento do contato pele a pele (PEREIRA *et al*., 2013).

O incentivo e orientação à amamentação no alojamento conjunto foram realizados a 76,84% das mulheres. Auxílio e assistência à mulher para colocar o bebê no peito e realizar a pega corretamente ocorreram para 72,63%. Os profissionais da equipe de enfermagem foram os que mais auxiliaram as participantes 68,18%.

Mesmo que amamentar seja um instinto natural para o bebê, é uma técnica que pode ser aprendida pela mãe. Portanto condutas que orientem as mulheres nesta prática são fundamentais, tanto para elas quanto para os próprios profissionais de saúde, no sentido de encorajamento, apoio e orientações para manter as ações corretas a fim de que a amamentação seja bem sucedida (SILVA; SILVA; MATHIAS, 2008).

Para tanto, realizar o exame das mamas nas mulheres é extremamente importante, com a finalidade de detectar possíveis alterações que prejudiquem a amamentação. Entre as participantes, 74,74% delas referiram que os profissionais avaliaram suas mamas para verificação de possíveis alterações, porém 32,37% das mulheres não foi garantindo o direito do exame das mamas.

Observar, avaliar e orientar a mulher acerca de realizar correto posicionamento e pega da aréola podem diminuir as chances de problemas relacionados a dificuldades na amamentação. Destaca-se que o posicionamento errado da criança, além de dificultar a sucção, pode comprometer a quantidade de leite ingerido, e esta é uma das mais frequentes causas de problemas nos mamilos, principalmente devido a fissuras (SÃO PAULO, 2010).

A verificação da ocorrência de fissuras mamárias por parte dos profissionais ocorreu para 67,37% das participantes, e a verificação da presença de colostro e de ingurgitamento mamário foi citada por 74,74% delas.

É preciso avaliar se a mulher está apresentando fissura mamilar, que é mais comum nos primeiros meses de lactação, período que a amamentação está se estabelecendo. Portanto é muito importante a identificação das causas dessa fissura para que sejam realizados os cuidados necessários e para prevenir que aconteça o desmame precoce (VIEIRA *et al*.; 2010).

Entre os cuidados, a orientação quanto a manutenção das mamas secas e a não utilização de sabonete, cremes ou pomadas podem ajudar na prevenção. Adicionalmente, deve ser recomendado às mulheres que tratem as fissuras com o próprio leite materno do final de cada mamada, realizem banho de sol sempre que possível e que corrijam a posição e a pega durante o período da amamentação (SÃO PAULO, 2010).

É relevante orientar a todas as mulheres e aos seus companheiros sobre os benefícios do leite materno, inclusive explicando a importância da descida do primeiro leite – colostro (BRASIL, 2008). Este contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. Cabe aos profissionais de saúde reforçarem as mães que ainda que os recém-nascidos normais ingerem pequenas quantidades de colostro nos dois a três primeiros dias de vida, não necessitam ingerir nenhum complemento adicional além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente alto (BRASIL, 2009).

Receber orientação profissional sobre como amamentar é um direito que deve ser garantindo à mulher desde o início da gestação. E no alojamento conjunto as orientações devem ser reforçadas de forma a evitar o aparecimento de problemas que podem ser além de dolorosos, motivos de interrupção da amamentação (DEMITTO *et al*., 2010).

É o momento para orientar as mulheres para que elas próprias façam, continuamente, o reconhecimento de suas mamas e de possíveis alterações. Nesta

pesquisa, 53,68% das participantes referiram que foram orientadas sobre o autocuidado com as suas mamas.

Entre elas, 51,58% afirmaram que receberam orientação sobre o estimulo nas mamas antes das mamadas, deixando os mamilos macios, para evitar possíveis desconfortos. Os profissionais da equipe de enfermagem 93,65% foram os mais citados como os que realizaram as orientações (40,32% são enfermeiras e 53,23% são técnicos de enfermagem).

Para tanto, é preciso explicar às mulheres que necessitam, que antes de cada mamada, devem realizar a retirada manual do leite, por meio de expressão mamilar nos contornos da aréola, com a finalidade de deixar essa região flexível, permitindo que o recém-nascido faça uma boa pega, procedendo corretamente à dinâmica de sucção; entre e/ou após as mamadas. A mulher deve ser orientada a realizar uma autopalpação das mamas, para localizar possíveis pontos ou regiões dolorosas e endurecidas.

Se a mulher começar a apresentar dores, endurecimento das mamas, e dificuldade para amamentar, é possível que a mama esteja ingurgitando (acúmulo de leite), portanto ela deve ser orientada a realizar a retirada manual do leite por meio de expressão mamilar até o desaparecimento da dor, para assim promover o equilíbrio entre a produção da lactação e a oferta das mamas (SÃO PAULO, 1998).

Quanto à orientação do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida da criança, 36,84% das participantes referiram que não receberam tal informação e 63,16% não foram informadas. Entre as que receberam orientações sobre o AME, 88,64% delas aludiram que foram os profissionais da equipe de enfermagem que as orientaram.

Manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, é a recomendação dada pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Recomenda-se que seja realizado até dois anos de idade ou mais, porém concomitantemente à alimentação complementar (WHO, 2009).

As evidências científicas demostram que o aleitamento materno exclusivo oferece todos os nutrientes em quantidade adequada à criança, com benefícios à

mulher, como involução uterina, retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto.

É no pré-natal que devem ser iniciadas as orientações sobre o aleitamento materno para a mulher, seu acompanhante e se possível seus familiares. Mas no período puerperal é dever dos profissionais demostrarem a relevância do aleitamento materno, com orientações quanto aos cuidados com as mamas; prevenção de fissuras mamárias e ingurgitamento; e principalmente, estimulo às mulheres a manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança (BRASIL, 2001).

Em relação à orientação de não realizar amamentação cruzada, 15,79% das participantes referiram que a receberam. Elas relataram orientações dos profissionais da equipe de enfermagem (95,24%).

Quando uma mulher amamenta um bebê que não pariu, isso é chamado de amamentação cruzada. É uma prática não recomendada pelo Ministério da Saúde e da OMS, pois o leite de outra mulher, somente pode ser oferecido para uma criança que não seja sua, se for tratado por pasteurização em Banco de Leite Humano (BRASIL, 2009; WHO, 2007). Portanto, a atenção e orientação dos profissionais, principalmente da equipe de enfermagem, devem acontecer constantemente.

Os resultados da pesquisa demonstram a necessidade de melhorar as orientações de modo que as mulheres entendem que não é possível que a amamentação cruzada aconteça.

O alojamento conjunto é o local que favorece e incentiva o aleitamento materno, pois permite que mãe e filho fiquem diretamente envolvidos, assim a mulher pode oferecer o seu leite e satisfazer o seu filho sempre que este demonstrar fome.

A amamentação é fundamental para a saúde materna e neonatal e faz parte das estratégias de todos os programas relacionados a estes objetivos, representando um elemento importante em todo o processo de humanização da assistência à mulher e a criança (ABENFO, 2010).

Para que os profissionais de saúde melhorem o potencial das orientações referentes à amamentação, é necessário que o ensino desta prática inicie na qualificação, seja ela no ensino técnico, graduação e pós-graduação. Pois a educação e formação pré-profissional fornecem a base que sustenta a prática clínica posteriormente.

Os conteúdos abordados na formação devem preparar aqueles que eventualmente irão prestar a assistência direta às mulheres e seus filhos no processo de amamentação. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar aptos a realizar as orientações sobre a conduta correta a seguir no processo de amamentação (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foram avaliadas as práticas assistenciais na Atenção Perinatal em três Maternidades de Risco Habitual de Curitiba, na perspectiva de usuárias, quanto ao respeito dos direitos da mulher no período de internação que inclui o pré-parto, parto e puerpério imediato. Tais direitos estão contemplados nas Políticas Públicas brasileiras vigentes e, portanto, devem ser assegurados às mulheres, de modo universal e equânime.

Embora o atendimento nas maternidades pareça estar sob controle gerencial, somente as mulheres que foram atendidas podem revelar, realmente, como vivenciaram as práticas assistenciais na atenção perinatal nesses serviços. Portanto, foi relevante ouvir atentamente as usuárias dos serviços, permitindo-lhes expressar o seu ponto de vista.

O desenvolvimento da pesquisa foi facilitado pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e de cada maternidade. Acredita-se que esse apoio revela o compromisso da gestão em avaliar os seus processos com vistas a aprimorá-los e, adicionalmente, seu entendimento de que parcerias entre serviço e academia sejam úteis para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas, pois agregam a figura do avaliador externo, imparcial e que avalia o objeto com a estranheza necessária para explorá-lo adequadamente.

O objetivo da pesquisa foi alcançado e o método desenvolvido foi considerado apropriado para o seu alcance.

As entrevistas às usuárias foram orientadas por um roteiro que contempla a possibilidade de obtenção de informações relativas à percepção das mulheres sobre as práticas que traduzem os seus direitos como usuárias da atenção perinatal.

A pesquisadora realizou pessoalmente a coleta de dados, de modo que pôde esclarecer a usuária sobre cada pergunta e explorar as informações recebidas. As mulheres foram entrevistadas no período entre a 24ª e a 48ª hora após o parto, o qual foi muito próximo da assistência oferecida a elas na maternidade, fato que corrobora com a clareza e veracidade de suas respostas acerca de suas

experiências como usuária do serviço. Portanto, considera-se que a abordagem aos participantes foi apropriada.

Em relação ao enfoque priorizado, a pesquisa investigou em que medida estão sendo assegurados os direitos da mulher na atenção perinatal nas maternidades em que foi desenvolvida.

Destaca-se que algumas práticas estão sendo aplicadas de acordo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde e as Políticas Públicas Nacionais, o que demostra um esforço das maternidades e profissionais para a realização da assistência humanizada e de qualidade no parto e nascimento.

Em relação à Categoria A, relativa às boas práticas recomendadas pela OMS, evidenciou-se que as maternidades têm assegurado alguns direitos à mulher. Destacam-se, entre eles, a presença do acompanhante durante toda a assistência perinatal; os profissionais de saúde chamam as usuárias pelo nome, e se identificam, também pelo nome; no relacionamento com as mulheres permitem que elas expressem sentimentos e priorizam o diálogo; fornecem informações referentes aos procedimentos que serão realizados e sobre a possibilidade de ter um acompanhante; verificam os batimentos cardiofetais e contrações uterinas em 90,53% dos casos; e as mulheres utilizam métodos não farmacológicos para o alívio da dor; todas recebem ocitocina profilática no terceiro estágio; e à maioria delas é permitido o contato pele a pele com o recém-nascido.

Todavia, há práticas da Categoria A que precisam ser estimuladas entre os profissionais de saúde, pois foi muito baixa a frequência de mulheres que puderam escolher a posição do parto, que foram orientadas sobre a possibilidade de posições não supinas, sobre métodos não farmacológicos para o auxilio da dor, e sobre o fato de serem desnecessários o jejum, tricotomia e enema. Além disso, houve baixa frequência de mulheres que amamentaram na primeira hora, e o tempo de contato pele a pele com o recém-nascido foi de 9 minutos, em média.

Na Categoria B, relativa a práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, os resultados foram favoráveis em relação à abolição da rotina para enema e tricotomia nas maternidades. A infusão intravenosa de rotina no

trabalho de parto para a administração de ocitócitos, a qualquer momento, também parece que não é rotina, mas um procedimento criterioso, pois somente metade das participantes a referiram.

Entretanto, há duas práticas claramente prejudiciais, às quais a maioria das usuárias referiu: uso rotineiro da posição supina e da posição de litotomia, com ou sem estribos durante o trabalho de parto. Recomenda-se que estas posições sejam evitadas e que o parto natural ocorra na posição escolhida pela mulher.

Os resultados foram muito favoráveis em relação à Categoria C, que se refere à praticas sem evidências suficientes e, portanto, a sua utilização deve ser cautelosa. Nesta categoria está a pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto e o uso rotineiro de ocitocina no estágio da dequitação da placenta. A referida pressão ocorreu em, aproximadamente, 40% dos casos, o que não caracteriza uma rotina. Já a administração de ocitocina no momento da dequitação da placenta foi utilizada, profilaticamente, para todas as mulheres, com vistas a evitar a hemorragia pós-parto. Sabe-se que uma hemorragia pode levar ao êxito letal em 10 minutos, portanto é uma profilaxia relevante, mas que deve ser realizada cautelosamente.

Quanto às práticas frequentemente usadas de modo inadequado, segundo a OMS, relativas à Categoria D, destaca-se como resultado favorável que as maternidades parecem ter deixado de realizar a episiotomia de modo rotineiro. Contudo, algumas práticas inadequadas necessitam ser revistas pela gestão de cada maternidade, tais como a necessidade de jejum, a transferência rotineira da mulher para a sala de parto no segundo estágio, a correção da dinâmica uterina com ocitocina e a realização de exames vaginais de modo frequente e por mais de um profissional.

No puerpério imediato, as mulheres têm recebido visitas diárias do médico no alojamento conjunto, no qual ocorre também o acompanhamento da enfermagem nas 24 horas e o monitoramento contínuo dos sinais vitais. Porém, os resultados revelam que parece não existir uma rotina para verificação de presença de edema de membros inferiores. Orientações são dadas, principalmente, sobre a possibilidade de acompanhante, consulta puerperal na Unidade Básica de Saúde,

eliminações fisiológicas e ingesta hídrica. No entanto, as usuárias carecem de informações sobre cuidados com alimentação, higiene do cabelo, lóquios e orientação sobre a procura de assistência médica no caso de sintomas de depressão.

Destaca-se a atuação dos profissionais de enfermagem como os mais citados pelas usuárias, como os que realizaram as orientações no puerpério (88,91%).

No tocante à assistência no aleitamento materno, as mulheres tiveram o seus direitos aos cuidados e orientações relativos ao seu próprio cuidado. Para a maioria delas houve a verificação do tipo de mamilo, a observação da presença de colostro e ingurgitamento, e verificação de presença de fissuras mamárias pelos profissionais.

Todavia, os resultados apontam que nessas maternidades não estão sendo privilegiadas as orientações específicas ao processo do aleitamento materno exclusivo até seis meses e à inadequação da amamentação cruzada. Estas são indispensáveis para incentivar as mulheres à importante função da amamentação, de modo seguro e com benefícios para seu recém-nascido.

Os resultados obtidos com a pesquisa evidenciam que as práticas e a dinâmica da assistência nas maternidades estão ainda em processo de adequação ao recomendado pela Rede Cegonha, e algumas práticas devem ser revistas.

A implementação e a ampliação ao acesso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos cuidados hospitalares, recomendadas atualmente pela Rede Cegonha, devem ser ajustadas rapidamente nas maternidades pesquisadas, pois somente assim irão constituir e fortalecer as boas práticas assistenciais.

Para tanto, compete às maternidades a padronização de procedimentos e a supervisão, treinamento e avaliação dos profissionais, assim como a construção e monitoramento de indicadores, com vistas a avaliar continuamente a conduta e prática da assistência oferecida.

Os profissionais de saúde, por sua vez, precisam olhar a mulher como um ser único, respeitando os seus direitos, suas necessidades e, ainda, reconhecer o binômio mãe/filho como protagonista no processo de nascimento, de modo que a

assistência seja centrada em ambos. Ademais, necessitam compreender que não basta somente proporcionar à mulher a vivência do parto normal, mas levar em conta os seus anseios, dúvidas, sentimentos e desejos relacionados ao momento vivenciados e, principalmente, os direitos reprodutivos já estabelecidos pelas políticas públicas de saúde vigentes.

Compreende-se, no entanto, que por muitas vezes isto não seja possível, por razões inerentes a cada serviço. Almeja-se, em qualquer situação, que a mulher, seu filho e sua família possam contar com a presença contínua e com cuidados da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde. Acredita-se que a equipe de saúde, quando comprometida com as politicas públicas de saúde da mulher, com os princípios do SUS, com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, e com a educação permanente, possa oferecer melhor assistência e contribuir para que todas as mulheres tenham os seus direitos garantidos.

Os resultados desta pesquisa avaliativa poderão ser utilizados como subsídio para a tomada de decisão e planejamento de ações para a melhoria continua da atenção perinatal pela gestão do SUS e das maternidades. Assim, poderão ser aprimorados os indicadores dessa atenção. Todavia, há necessidade de que critérios e normas para a atenção perinatal de qualidade, baseados em evidências atuais sejam incorporados na prática de cada profissional da equipe de saúde, bem como na utilização desses indicadores, continua e rotineiramente, contribuindo para a garantia do atendimento ao que é de direito das mulheres: um parto seguro, planejado e de qualidade.

Os resultados serão apresentados à gestão da Secretaria Municipal de Saúde e de cada maternidade, de forma global. Todavia, cada maternidade receberá um relatório com os resultados obtidos, especificamente, das usuárias atendidas nos seus serviços. Consequentemente, será possível utilizá-los para o planejamento de medidas cabíveis para o aprimoramento dos processos da atenção perinatal.

Acredita-se que a assistência perinatal, com respeito aos direitos estabelecidos pelas políticas públicas brasileiras, é dever ético e moral de gestores e profissionais dos serviços do SUS.

Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas nesta perspectiva, e que a metodologia inclusive o instrumento possam ser reaplicados em outras práticas.

Contudo deve-se analisar os resultados desta pesquisa com cautela, pois eles foram obtidos segundo a perspectiva das usuárias. Por isso recomenda-se, que sejam realizados nas maternidades, pesquisas avaliativas com outros atores envolvidos na assistência perinatal: gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; KERBER, N.P.C.; COSTA, C.F.S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46 n.6, p.1327-33, maio 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/07.pdf>. Acesso em: 19/11/2014.

ALMEIDA, M.S.; SILVA, I.A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 347-54, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf>. Acesso em: 19/11/2014.

ALVES, C.K.A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica:** análise do programa em uma gestão estadual. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3937>. Acesso em: 05/04/2013.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **New Mother's Guide to Breastfeeding**: Benefits of Breastfeeding for Mom , 2nd Edition Copyright, up to date 2014. Disponível em: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Benefits-of-Breastfeeding-for-Mom.aspx > Acesso em: 23/11/2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS-ACOG Practice Bulletin: **Intrapartum fetal heart rate monitoring**: nomenclature, interpretation, and general management principles. Obstet Gynecol. V.114, n.1, p.192-202, 2009. Disponível em: < http://www.perinatology.com/Fetal%20Monitoring/Intrapartum%20Monitoring.htm>. Acesso em: 19/11/2014.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências, **FEMINA,** v.38, n.11, novembro 2010. Disponível em:<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf>. Acesso em: 20/11/2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS-ABENFO. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais / Maysa Luduvice Gomes. – Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 168 p. Disponível em:<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/027.pdf>. ACESSO 18/11/2014.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. Pelo Direito ao Parto Normal: Uma revisão partilhada. Maio de 2012. Documento subscrito pela direção geral de saúde e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Disponível em: < http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf>. Acesso em: 27/11/2014.

BELO HORIZONTE. **Protocolo do Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas.** Comissão perinatal - Secretaria municipal de saúde, Associação mineira de ginecologia e obstetrícia; 2010. Disponivel em: < http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706_protocolo.pdf>. Acesso em: 23/11/2014.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.C.; OLIVEIRA M.I.C.; ESCAMILLA, R.P. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr**, v.89 n.131, p.6, março 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/v89n2a05.pdf >. Acesso em: 19/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Principais Tópicos da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde - Apostila da Saúde da Mulher. Brasília, 2011a. Disponível em:<www.concurseirodasaude.com.br> Acesso em: 02/11/13.

_____._____. **Declaração universal dos direitos humanos** Adotada e proclamada pela resolução 217 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Representação da UNESCO no Brasil. Brasília,1998. Disponível em: < http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em: 02/05/2013.

_____._____. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Manual – Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/images/arquivos/rede_cegonha/manuais/1.manual_pratico_ms.pdf> Acesso em 10/10/13.

_____._____. **Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, 2011c.

_____._____. **Programa Humanização no Parto:** No pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf > Acesso em: 02/08/13.

_____._____. **Pré-natal e Puerpério:** Atenção qualificada e humanizada. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> Acesso em: 05/08/13.

_____._____. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> . Acesso: 08/09/13.

_____._____. Lei n. 11.108, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da República**. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 19/11/2014.

_____. _____. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde PNASS:** Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf> Acesso em: 06/10/13.

_____._____. Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. Ministério de Estado da Saúde. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. **Gabinete do Ministério**. Brasília, 24 de Junho de 2011d. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 04/11/13.

_____._____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Ministério da Saúde – Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MS2009_politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf >. Acesso em: 05/08/2013.

_____._____. Portaria n. 2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de novembro de 2009b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009_comp.html >. Acesso em: 20/08/2013.

_____._____. Portaria n. 1.067 de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Gabinete do Ministério** Brasília, 04 de julho de 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm. Acesso em: 12/05/2013.

_____._____. **Política Nacional de Humanização** – Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf > Acesso em: 05/08/2013.

_____._____. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência humanizada à Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde**.** Brasília, 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf > Acesso em: 05/08/2013.

_____. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): Brasília, 2010a.Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acesso em: 12/10/2013.

_____._____. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância: Ministério da Saúde, Brasília 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>. Acesso em: 22/11/2014.

_____._____. Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Gabinete do Ministério. Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.htm>. Acesso 22/11/2014.

_____._____. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf >. Acesso em: 21/11/2013.

_____._____. Decreto n. 6.412, de 25 de março de 2008. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM, e dá outras providências. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília – DF, 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6412.htm>. Acesso em: 07/08/2014.

_____._____. **Como ajudar as mães a amamentar.** 4ed. Área de Saúde da Criança Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd03_13.pdf. Acesso em: 24/11/2014.

_____._____. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**: Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite, Ministério da Saúde, 2010b. Disponível < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf> Acesso em: 03/08/2013.

_____._____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> Acesso em: 20/11/2013.

_____._____. 13ª EXPOEPI: Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Ministério de Estado da Saúde; Ministério da Saúde. **Relatório final**. Brasília, 2013b. Disponível<http://www.expoepi.com.br/images/Anais%2013%20EXPOEPI%20divulga%C3%A7ao.pdf > Acesso em: 20/11/2013.

_____._____. Portaria n. 904, de 29 de maio de 2013. Estabelecem diretrizes para a implantação e habilitação de centro de parto normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Gabinete do Ministério**. Brasília, 2013c. Disponívelhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html Acesso em: 20/11/2013.

_____._____. Portaria n. 1020, de 29 de maio de 2013.Institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco. **Gabinete do Ministério**. Brasília, 2013d. Disponível < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html> Acesso em: 20/11/2013.

_____._____. Portaria n.1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, e dá outras providências. **Gabinete do Ministério**. Brasília, 2005. Disponível < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm> Acesso em: 05/08/2013.

_____._____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: **Resolução 466/12**. Brasília: Centro de documentação, informação e comunicação, 2012.

_____._____. **Saúde da Criança:** Nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf >. Acesso em: 24/11/2014.

_____._____. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres: Brasília, 2013. Disponível em:< http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf >. Acesso em: 24/11/2014.

_____._____. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Ministério da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>. Acesso em: 24/11/2014.

_____._____. Decreto n. 8.202, de 06 de março de 2014. Altera o Decreto n. 6.412, de 25 de março de 2008, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/conselho/decreto>. Acesso em: 12/08/2014.

_____._____. **Urgências e Emergências Maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher: Ministério da Saúde; 2ª edição. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>. Acesso 16/11/2014.

_____._____. Portaria n. 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Gabinete do Ministério**. Brasília, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 22/11/2014.

_____._____. **Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS –SP**: Manual Técnico do pré natal e puerpério. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv/novidades-e experiencias/manual_tecnico_pre_natal_ses_2010.pdf. Acesso em: 21/11/2014.

_____._____. **Guia de Vigilância epidemiológica do óbito materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde: Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf >. Acesso em: 29/11/2014.

_____._____. **Rede Amamenta Brasil**: Os primeiros passos (2007-2010). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; Brasília, 2011e. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf >. Acesso em: 30/11/2014.

BUEKENS, P.; ALTHABE, F. Post-partum haemorrhage: beyond the confrontation between misoprostol and oxytocin. **Lancet**, n.375, v.9710, p. 176–178, New Orleans, 2010. Disponível em: < http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60066-9/fulltext >. Acesso em: 21/11/2014.

CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo; Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Cairo, 1994. Disponível em: < http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 05/05/2013.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf > Acesso em: 18/11/2013.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA,** v.38, n.5, p.265-70, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>. Acesso em 18/11/2014.

CASTELLOTE, C.; CASILLAS, R.; RAMÍREZ-SANTANA, C.; PÉREZ-CANO, F.J.; CASTELL, M.; MORETONES, M.G. Premature delivery influences the immunological composition of colostrums and transitional and mature human milk. **J Nutr**, v.141, p.1181-7, 2011. Disponível em: < http://jn.nutrition.org/content/141/6/1181.short>. Acesso em: 27/11/2014.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Portal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde** – CONASEMS, 2011. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/1642-rede-cegonha-praticas-discursivas-e-redes-de-dialogo-por-ricardo-burg-ceccim-e-felipe-cavalcanti>. Acesso em: 20/10/2013.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. **L'évaluation**: concepts et méthodes. Montreal: Les Presses de l' Université de Montreal, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. F.; PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-711, 2006. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliando-institucionaliza-avaliacao_contandriopoulos.pdf> Acesso em: 17/11/2013.

COSTA, T.; OLIVEIRA, F.C.; LIMA, M.O.P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante. **Enferm.Brasil,** v.9, n.3, p.140-7, 2010. Disponível em: < http://www.bibliotecafab.com/2010/10/enfermagem-brasil.html >. Acesso em: 22/11/2014.

CUNHA, A.A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **FEMINA**, v.38, n.9, P.469-80, Setembro, 2010. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>. Acesso em: 27/11/2014.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido,** 2012. Disponível em: 20 de abril de 2013. Disponível:<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/protocolo_prenatal.pdf>. Acesso em: 11/10/2013.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto**. Rev Esc Enferm**, v.43, n.2, p.438-45, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf >. Acesso em: 22/11/2014.

DEMITTO, M.O.; SILVA, T.C.; PÁSCHOA, A.R.Z.; MATHIAS, T.A.F.; BERCINI, L.O. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, v.11, n.especial, p.223-229, 2010. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/edicaoespecial/a25v11esp_n4.pdf>. Acesso 23/11/2014.

DENEUX-THARAUX, C.; SENTILHES, L.; MAILLARD,F.; CLOSSET, E.; VARDON, D.; LEPERCQ,J.; GOFFINET, F. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial. **BMJ**, v.28, n.346, p.1541, março 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538918>. Acesso em: 21/11/2014.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding.** DC: U.S. Department of Health and Human Services, Oice of the Surgeon General; Washington, 2011. Disponível em: < http://www.llli.org/docs/0000000111_LLLIeNews/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>. Acesso em: 26/11/2014.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciên. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.669-705, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>. Acesso em: 20/11/2014.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-437, março 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf >. Acesso em: 12/04/2013.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005. Disponível em: <http:/www.milbank.org/quarterly/830416.donabedian.pdf>. Acesso em: 05/08/2013.

ELBOURNE, D.R.; PRENDIVILLE, W.J.; CARROLI, G.; WOOD, J.; MCDONALD, S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane Database. **Syst Ver, v.**10, 2013. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687123>. Acesso em: 22/11/2014.

ESPANÃ. **Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal**. Madri: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2010. Disponível em: < http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf >. Acesso em: 18/11/2014.

FELDMAN, L.B; CUNHA, I.C.K.O. Identificação dos critérios de avaliação dos resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.14; n. 4; Jul-Ago, 2005. Disponível em:< http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019630012.pdf>. Acesso: 05/10/2013.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A.F; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>. Acesso em: 04/10/2013.

FELISBERTO, E.; ALVES, C.K.A.; ALBUQUERQUE, L.C.; SAMICO, I.; DUBEUX, L.S.; FREESE, E. Uso da avaliação e formulação profissional: impulsionando a pratica da integralidade em saúde. In: Pinheiro R. SILVA JUNIOR AGM, MATTOS RA. (ORG.). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/Abrasc, 2008: 59-72.

FIOCRUZ. **Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe**. Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ; Rio de Janeiro, janeiro 2012. Disponível em:< http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>. Acesso em: 12/06/2013.

FRIAS, P.G.; PEREIRA, P.M.H.; ANDRADE, C.L.T.; LIRA, P.I.C.; SZWARCWALD, C.L. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, V.26, p.671-81, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/10.pdf> Acesso em: 29/10/2013.

FRIAS, P.G.; SZWARCWALD, C.L.; LIRA, P.I.C. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Bras Saude Matern Infant**, v.11, n.4, p.463-70, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a13.pdf >. Acesso em: 28/11/2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas,2010.

GOMÁRIZ, E. **Los Estúdios de Género y sus Fuentes Epistemológicas: periodizacion y perspectivas.** Isis Internacional. Santiago – Chile: Ediciones de las mujeres. N. 17, 1992.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J. Position for women during second stage of labour. (Cochrane Review). Update Software, the **Cochrane Library, Issue**, Oxford, 2010. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973980 >. Acesso em: 22/11/2014.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Ver,** 2012. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681 >. Acesso em: 28/11/2014.

HARTZ, Z. M de A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde**: Dos Modelos Teóricos a Pratica na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: EDUFBA Fiocruz, 2010.

HOFMEYR, G.J. Evidence-based intrapartum care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.19, n.1, p.103-15, 2005. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749069 >. Acesso em: 24/11/2014.

HOFMEYR, G.J.; GÜLMEZOGLU, A.M.; NOVIKOVA, N.; LINDER, V.; FERREIRA, S.; PIAGGIO, G. Misoprostol to prevent and treat postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis of maternal deaths and dose-related effects. ***Bulletin of the World Health Organization***, v.87, p.666-677, 2009. Dispponível em: < http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/08-055715/en/>. Acesso em: 19/11/204.

HOTIMSKY, S.N.; ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no parto: uma questão Ideológica?. **Revista Estudos Feministas,** ano 10, n.462, 2º semestre 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>. Acesso em: 21/10/2014.

HULLEY, S.B. *et al*. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008.

IBFAN - International Baby Food Action Network BRASIL. **Amamentação:** os dez passos fundamentais para um bom começo. Rede internacional em defesa do direito de amamentar semana mundial de aleitamento materno, 2010. Disponível em <file:///d:/an%c3%81lise%20de%20dados/discuss%c3%83o/artigos%20novos/ibfan.pdf>. Acesso 22/11/2014.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Management of labor**. Health Care Guideline Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Minnesota, 2013. Disponível em:< http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/GUIAMANEJODELPARTO.pdf >. Acesso em: 21/11/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Metodologia das Estimativas da População residente nos Municípios Brasileiros com data de Referência em 1º de julho de 2012.** Diretoria de Pesquisas: Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2012. Disponível:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2012/metodologia_2012.pdf> Acesso em: 10/11/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**: população, educação, renda e condição dos domicílios. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <

http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf >. Acesso em: 14/10/0214.

JOCA, M.T.; OLIVEIRA, R.L.; BARBOSA, R.C.M.; PINHEIRO, A.K.B. Compreendendo o aleitamento materno através da vivência de nutrizes. **Revista Rene**, v.6, n.3, p.48-55, 2005. Disponível em: < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4533/1/2005_art_mtjoca.pdf >. Acesso em: 06/11/2014.

JÚNIOR, P.B.C.; CARVALHO, I.S.; MACEDO, J.B.P.O. Unfavorable institutional conditions to the presence of the caregiver: the viewpoint of nurses. **J. res.: fundam. Care**, v.5, n.4, p. 671-80, out./dez, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Giseli-pc/Downloads/Dialnet-CondicoesInstitucionaisDesfavoraveisAPresencaDoAco-4767915%20(3).pdf. Acesso em: 21/11/2014.

KRAMER, M.S.; KAKUMA, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Adv Exp Med Biol,** v.554, p.63-77, 2004. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15384567 >. Acesso em: 21/11/2014.

LEAL, M.C., PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, V.30, p.17-47, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 24/11/2014.

LEITE, F.M.C.; BARBOSA, T.K.O.; MOTA, J.S.; NASCIMENTO, L.C.N.; AMORIM, M.H.C.; PRIMO, C.C. Perfil Socioeconômico e Obstétrico de Puérperas Assistidas em uma Maternidade Filantrópica. **Cogitare Enferm**, V.18, n.2, p.344-50, Abr/Jun, 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v18n2/20.pdf>. Acesso em: 06/11/2014.

LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; NUNES, G.F.; SOARES, M.F.S.; SABINO, N.Q. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade. de alto risco no município da Serra, ES. **Rev. Bras. Pesq. Saúde,**v.11, n.1, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/444/308>. Acesso em: 06/11/2014.

LIMA, D.2013; OBSTETRÍCIA - Resumo aprofunda o conhecimento no aspecto biológico da disciplina, com base nas evidências científicas da assistência à mulher e ao recém-nascido. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). 2013. Disponivel em:<http://pt.slideshare.net/EnfermOn/resumo-obstetrcia>. Acecsso em: 28/11/2014.

MACÊDO, G.N.S. **A construção da relação de gênero no discurso de homens e mulheres, dentro do contexto organizacional**. 181f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Ciências da Saúde, Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2003. Disponível em: < http://www.ucg.br/ucg/katiamacedo/dissertacoes/pdf/Goiacira_ConstrucaoRelacaoGeneroHomemMulher.pdf >. Acesso em: 15/10/2014.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas públicas. **Cad Saúde Pública**, v.17, n.3, p.569-79, mai-jun, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4640.pdf >. Acesso em: 10/09/2014.

MATOS, T.A.; SOUZAI, M.S.; SANTOS, E.K.A.; VELHO, I.M.B.; SEIBERTII, E.R.C.; MARTINS, N.M.A. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.6, p.998-1004, nov-dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>. Acesso em: 24/11/2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: < http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf >. Acesso em: 11/10/2013.

MERCER, J.S.; ERICKSON-OWENS, D.A.; GRAVES, B.; HALEY, M.M. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J Midwifery Womens Health**, v.52, p.262-72, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467593> Acesso em 12/11/2014.

MOÇAMBIQUE. **Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais.** Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Maputo, Agosto de 2011. Disponível em:< http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>. Acesso em: 17/11/2014.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.D.; ESTRELLA, R.C.N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.9, p.1825-33, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/06.pdf>. Acesso em: 21/11/2014.

MOURA, M.A.V.; COSTA, G.R.M.; TEIXEIRA, C.S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.18, n.4, p.429-34, Jul/Set 2010. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>. Acesso em: 28/11/2014.

NEVES, M.A.B. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. In: III congresso Consad de Gestão Pública. CONASED - Conselho Nacional de Secretários de Educação, 2010, Curitiba. **Anais.** Curitiba, 2010. Painel 09/034. Disponível em: < http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avaliacao_da_qualidade_da_prestacao_de_servicos_de_saude.pdf > Acesso em: 11/10/2013.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, out, 2000. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf > Acesso em: 18/11/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Maternidade Segura**: Associação Brasileira da Enfermagem Obstétrica - Abenfo, 2009. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 21/11/2014.

_____. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**, 1996. Disponível em:<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf >. Acesso em: 12/08/2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL / **ONUBR**. Disponível em: < http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-mulheres/> Acesso em: 12/10/13.

OSIS, M.J.D.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, supl.1, p.25-32, 1998. Disponível: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf > Acesso em: 02/08/2013.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde – SESA. **Rede Mãe Paranaense**: Paraná, 2012. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/RedeMaeParananense080220121.pdf> Acesso 20/10/2013.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9; n.3; p.617-626, 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf> Acesso em: 07/11/2013.

PEREIRA, C.R.V.R.; FONSECA, V.M.; OLIVEIRA, M.I.C.; SOUZA, I.E.O.; MELLO R. R. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Epidemiol,** v.16, n.2, p.525-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00525.pdf acesso 22/11/14>. Acesso em: 26/11/2014.

PRIDDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women Birth. **Elsevier**, v.25, n.3, p.100-6, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21664208>. Acesso em 15/11/2014.

QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B.; MARQUES, J.F.; CAVALCANTE, A.M.; MOREIRA, K.A.P. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enferm,** v.16; n.3; p. 479-487, 2007. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>. Acesso em: 20/10/ 2013.

RANCE, S.; MCCOURT, C.; RAYMENT, J.; MACKINTOSH, N.; CARTER, W.; WATSON, K. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ,** v.22, p.348-55, 2013. Disponível em: < http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=26173>. Acesso em: 21/11/2014.

RASIA, I. C.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, v.8, n. 4, p. 401-410, Out-Dez, 2008. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rsp/v21n4/04.pdf> Acesso em: 12/10/2013.

REZENDE J, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia Fundamental**. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SABAT, R. Quando a publicidade ensina sobre gênero e sexualidade. In: SILVA, Luiz Heron (org.). Século XXI: qual conhecimento? Qual currículo? Petrópolis: Vozes, 1999. p.244-261.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Medlbook: Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, I.S.; OKAZAKI, E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm**, v.13, n.1, p.64-8, UNISA. 2012. Disponível em: < http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf >. Acesso em: 19/11/2014.

SÃO PAULO. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério** Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher/ organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo, 2010. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf >. Acesso em: 21/11/2014.

SÃO PAULO. **Manual de Procedimentos: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação**. Programa Aleitamento Materno-SMS Secretaria Municipal da Saúde NALMA – Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP, Sistema Único de Saúde, 1998. Disponível em: < http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/aleita/apostila.pdf >. Acesso em: 23/11/2014.

SÃO PAULO. **Aleitamento Materno.** BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE – BIS Apoio: Ministério da Saúde. Governo do Estado de. São Paulo, 2002. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n27.pdf >. Acesso em: 29/11/2014.

SESCATO, A.C.; SOUZA, S.R.R.K.; WALL, M.L. Os Cuidados Não-Farmacológicos para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: Orientações da Equipe de Enfermagem. **Cogitare enferm**, v.13, n.4, p.585-90, out/dez, 2008. Disponível em: < http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/13120/8879>. Acesso em: 21/11/2014.

SCHIRMER, J.E; FUSTINONI, S.M.B.; OLIVEIRA, A.L. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semisitting birth positions: a randomized study. **Acta paul. Enferm,** vol.24, n.6, p.745-750, 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600002>. Acesso em: 21/11/2014.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.4, n.3, p.269-279, Jul-Set, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf > Acesso em: 05/10/2013.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. IN: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (organizadoras). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 275 p.

SILVA, M.G.; MARCELINO, M.C.; RODRIGUES, L.S.P.; TORO, R.C.; SHIMO, A.K.K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, v.15, n.4, p.720-8, jul-ago, 2014. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514 >. Acesso em: 29/11/2014.

SILVA, S.C.; SILVA, L.R.; MATHIAS, L.F.B. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. **Rev. Eletr. Enf**, v.10, n.3, p.654-61, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a11.htm>. Acesso 22/11/2014.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev, v.1,** CD003930, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>. Acesso 16/11/2014.

SPINDOLA T, PENNA LHG, PROGIANTI JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário**. Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.3, p.381-8, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>. Acesso em: 15/10/2014.

SZWARCWALD, C. L, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: Estimação das coberturas do SIM e dos Sinasc nos municípios brasileiros. In: Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Brasil 2010: **Uma análise da situação de saúde e de evidencias selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília; 2011.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente** - um modo de fazer. Capitulo IV. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.

TREVISAN, M.R.; LORENZI, D.R.S.; ARAÚJO, N.M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.24, n.5, p.293-9, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>. Acesso em: 02/04/2013.

UNIVERSAL NATIONS. **The Universal Declaration of Human Rights**. Disponível em: < http://www.un.org/en/documents/udhr/>. Acesso em 21/05/14.

VIEIRA, C.S.; CARVALHO, R.C.; DUARTE, G.; NOGUEIRA,, A.A.R.; YANO, K.; QUINTANA, S.M. Hemorragia puerperal: qual melhor uterotônico para profilaxia? **FEMINA**, v.35, n.7, Julho 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina357p437-42.pdf>. Acesso 16/11/2014.

VIEIRA, G.O.; MARTINS, C.C.; VIEIRA, T.O.; OLIVEIRA, N.F.; SILVA, L.R. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr,** v.86, n.5, Oct, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000500015>. Acesso em: 20/11/2014.

VIEIRA, F.; BACHION, M.M.; SALGE, A.K.M.; MUNARI, D.B. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v.14, n.1, p. 83-89, jan-mar, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13>. Acesso em: 28/11/2014.

VOGT,S.E.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.2, p.304-313, 2014. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf >. Acesso em: 27/11/2014.

VUORI, H. A qualidade da saúde: ***Divulgação em saúde para debate***, v.3; p.17-24, fev.1991. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=223179&indexSearch=ID > Acesso em: 08/09/13.

WESTHOFF, G.; COTTER, A.M; TOLOSA G.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Oct 30;10:CD001808. doi: 10.1002/14651858.CD001808.pub2. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24173606. Acesso e, 21.11.14.

WOLFF, L.D.G.; LEAL, G.C.G.; OLIVEIRA, F.A.M.; RABELO, M. **Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS**. (Projeto de Pesquisa) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The optimal duration of exclusive reastfeeding** – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001. Disponivel em: http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm. Acesso em: 21/10/2014.

_____. United Nations Children's Fund (UNICEF). **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background

and Implementation. Geneva, 2009. Disponível em: < http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s4.pdf >. Acesso em: 03/10/2014.

_____. UNFPA. **Mental health aspects of women's reproductive health**. A global review of the literature. Geneva, 2009. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf >. Acesso em: 19/11/2014.

_____. **Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care**, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version Geneve, 2006. Disponível em: < http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241595018_s3.1.pdf >. Acesso em: 20/11/2014.

_____. **Care in normal birth**: A practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit Geneva, 1996. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf >. Acesso em: 14/11/2014.

_____. **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth.** A guide for midwives and doctors. Department of Reproductive Health and Research: Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth Geneva, 2003. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf>. Acesso em: 18/11/2014.

_____. **Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child.** Geneva: 2007. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/gs_iycf_planning_guide.pdf>. Acesso em: 28/11/2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Lillian Daisy Gonçalves Wollf, Giseli Campos Gaioski Leal e Fabio André Miranda de Oliveira, pesquisador responsável, mestranda e mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná respectivamente, convidamos a senhora a participar de um estudo intitulado "**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL VINCULADAS AO SUS".**

a) Os objetivos desta pesquisa são: **Avaliar a atenção perinatal na perspectiva dos direitos das usuárias: Avaliar estrutura e processos da atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato.**

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a perguntas sobre o atendimento que recebeu na maternidade. Sua participação não acarretará qualquer dano, desconforto ou risco pessoal.

c) A pesquisa será por meio de entrevista que será conduzida pelos pesquisadores nas dependências da maternidade, em horário de acordo com sua disponibilidade, no dia de sua alta hospitalar.

d) Para tanto você deverá responder aos questionamentos dos pesquisadores. Essa conversa será de aproximadamente 30 minutos.

e) É possível que experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de ser entrevistada.

f) Os benefícios esperados são: obtenção de informações na perspectiva das usuárias para serem utilizadas pela gestão a fim de melhorar a atenção ao parto e nascimento nas maternidades de risco habitual em Curitiba. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa. No entanto poderá contribuir na melhoria e na qualidade do atendimento às futuras usuárias do serviço.

g) Os responsáveis pela pesquisa são: Professora Dr.ª Lillian Daisy Gonçalves Wollf, mestranda Giseli Campos Gaioski Leal e mestrando Fabio André Miranda de Oliveira, poderão ser contatadas pelos telefones 96768200 (Lillian), 3203-5957 (Giseli) e 98344888 (Fabio), para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa, de segunda-feira a sexta-feira das 8:00 às 11:00.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____
Pesquisador Responsável

i) A sua entrevista será registrada em um formulário, respeitando-se completamente o seu anonimato. Assim sendo, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Tão logo os dados do formulário, sejam transcritos e analisados e a pesquisa encerrada, os conteúdos destes serão destruídos. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade, e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa para a qual fui convidada a participar. A explicação que recebi menciona que não há riscos pessoais, os benefícios da pesquisa e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)
Local e data

_____
Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____

Pesquisador Responsável_____

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS.

Investigadores: Prof. Dr[a]Lillian Daisy Gonçalves Wollf, Mestranda Giseli Campos Gaioski Leal e Mestrando Fabio André Miranda de Oliveira.

Local da Pesquisa: O estudo será realizado no Hospital Maternidade Victor Ferreira do Amaral e no Centro Médico do Bairro Novo, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), às gestantes de risco habitual vinculadas ao Programa Mãe Curitibana do Município de Curitiba-PR.

Endereço: _____

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com os objetivos de a**valiar a atenção perinatal na perspectiva dos direitos das usuárias e** a**valiar estrutura e processos da atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato.**

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este termo de assentimento livre e esclarecido assinado.

A sua entrevista será registrada em um formulário, respeitando-se completamente o seu anonimato. Assim sendo, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma de código, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Tão logo os dados do formulário analisados e a pesquisa encerrada, os conteúdos destes serão destruídos. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Os benefícios esperados são: obtenção de informações na perspectiva das usuárias para serem utilizadas pela gestão a fim de melhorar a atenção ao parto e nascimento nas maternidades de risco habitual em Curitiba. Nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa. No entanto poderá contribuir na melhoria e na qualidade do atendimento às futuras usuárias do serviço.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a perguntas sobre o atendimento que recebeu na maternidade. Sua participação não acarretará qualquer dano, desconforto ou risco pessoal. Para tanto você deverá responder aos questionamentos dos pesquisadores. Essa conversa será de aproximadamente 30 minutos. Serão tomadas todas as medidas possíveis para que você não experimente nenhum desconforto, principalmente relacionado a possível constrangimento pelo fato de ser entrevistada.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você(s) deve(rão) contatar os(as) Investigador(as) do estudo ou membro(s) de sua equipe: Professora Dr.ª Lillian Daisy Gonçalves Wollf, mestranda Giseli Campos Gaioski Leal e mestrando Fabio André Miranda de Oliveira. Estes poderão ser contatados pelos telefones: 96768200 (Lillian), 3203-5957 (Giseli) e 98344888 (Fabio), para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa, de segunda-feira a sexta-feira das 8:00 às 11:00.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Iniciais: ..... CI: ..... Número do registro:.....
Data da entrevista:..../...../..... Local: Maternidade……
Idade: ..... PARA:..... GESTA: ..... AB: .....
Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesariano Complicações: .....
Risco associados à gravidez: ..... Risco habitual ( ) Alto risco ( )
Destino do RN: ( ) Alojamento Conjunto ( ) UTI ( ) Transferência…… ( ) Óbito
Realização de pré-natal: ..... Nº de consultas realizadas: ..... Local de pré-natal: .....
Escolaridade: ( )Não letrada ( ) fundamental ou 1º grau incompleto ( ) fundamental ou 1º grau completo ( ) médio ou 2º grau incompleto ( ) médio ou 2º grau completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós-graduação
Estado civil: ( ) casado ( ) solteira ( ) relação estável ( ) outras
Acompanhamento do companheiro durante a gestação: ( ) S ( )N
Ocupação?..... Acompanhante na admissão?……..
Renda familiar: ( ) até um salário mínimo ( ) de um a três salários mínimos
( ) maior que três salários mínimos
Número de pessoas no domicílio familiar: .....

O ACOLHIMENTO À GESTANTE	**SIM**	**NÃO**	**OBS**
Você foi chamada pelo nome?			**Local**:(1) Admissão(2)Pré-parto (3) Parto(4) Enfermaria / Alojamento Conjunto
Os profissionais de saúde se identificaram quando te atenderam?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Os profissionais permitiram/estimularam que você se expressasse sobre acontecimentos, sentimentos ou dúvidas?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi realizada alguma abordagem para promover conforto emocional? Qual?			
Os profissionais forneceram orientação sobre os procedimentos que seriam realizados? Quais?			**Procedimentos**: (1) enema, (2) tricotomia, (3)jejum
Foi lhe permitida a presença de um acompanhante?			**Local**: (1) Admissão (2) Pré-parto (3)Parto (4) Enfermaria / Alojamento Conjunto
Foi permitida a visita do companheiro e de familiares a qualquer momento no Alojamento conjunto?			
Foi dado treinamento para acompanhantes?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
ATENDIMENTO NA SALA DE PRÉ PARTO	**SIM**	**NÃO**	**OBS**
Foram verificadas suas Contrações Uterinas? (Duração da contração e intervalos)?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.

Foi realizado o toque vaginal?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
O exame de toque foi realizado com um intervalo mínimo de duas horas?			
Foi realizado por apenas um profissional ou mais? Quem o fez?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi verificado o Batimento Cardíaco Fetal (BCF)?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi instalado soro em você?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi lhe oferecido líquido VO durante o trabalho de parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi permitido a você escolher o local e a posição do parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Você foi incentivada a adotar posições não-supinas (Deitada Lateralmente) no trabalho de parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foram fornecidos métodos não-farmacológicos para alívio da dor?			**Métodos:**(1)Massagens; (2)Banho; (3) Técnicas de respiração; (4)Mudança de posição; (5) Deambulação; (6) Atividades relaxantes; (7) exercícios.
Foi realizada tricotomia (retirada dos pelos pubianos)? Você foi orientada quanto à realização? Quem a realizou?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi realizado enema? Você foi orientada?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada a esvaziar a bexiga antes de ir à sala de parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi lhe dada a opção de submeter-se ao exame de HIV?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Você foi transferida para outro local para o parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf;

			(R)residente; (ES) estudante.	
SALA DE PARTO	**SIM**	**NÃO**	**NÃO APLICA**	**OBS**
Foi medida a sua oxigenação por um aparelho no pulso (oximetria de pulso)?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi realizado pressão no abdômen para auxiliar a retirada do bebê?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi colocado soro para estimular as contrações?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi utilizado fórceps (instrumento de metal) para auxiliar na retirada do bebê?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi utilizado anestesia local em caso de episiotomia?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi administrado medicamento (ocitocina), logo após o nascimento do bebê, no músculo do braço?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Esteve presente um pediatra para atendimento do bebê no momento do nascimento?				
Você teve contato como bebê- pele a pele/ olho no olho, imediatamente após o parto?				**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Houve estímulo ao aleitamento materno na				**Profissionais:**(E)

primeira meia hora. Quem a estimulou?				Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Seu filho(a) foi identificado com uma pulseira, logo após o nascimento?				
ALOJAMENTO CONJUNTO/CUIDADOS PUERPERAL	**SIM**	**NÃO**	**OBS**	
O seu bebê teve um leito individual (berço) à disposição?				
Foi informada sobre a possibilidade de acompanhante? Foi lhe permitido o acompanhante? Em que local/período? E no Alojamento Conjunto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Foi lhe dada a opção de beber líquidos?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Foi feita visita médica ao seu leito?				
Existe o acompanhamento 24 horas da enfermagem?				
Há incentivo e orientações quanto ao aleitamento materno? Por quem?			(1)Enfermeira; (2) Médico; (3)Técnico de Enf,; (4) Familiar; (5) Amiga;	
Há auxílio/ assistência para o aleitamento?			(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante; (F) Família; (A) amiga	
Foi realizado exame das mamas?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Verificado o tipo de mamilo?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Verificando se há presença de colostro nas mamas, ou, ingurgitamento mamário?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Verificado se há fissuras nos mamilos?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Você foi orientada sobre o autocuidado com as mamas?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.	
Foi orientada quanto à importância da amamentação?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf;	

			(R)residente; (ES) estudante.
Orientada quanto à lavagem das mãos antes da amamentação?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada quanto à higienização das mamas antes da amamentação?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada a estimular a mama antes de iniciar a amamentação?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada a deixar o mamilo macio para facilitar a pega do bebê?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada a amamentar até o esgotamento total das mamas?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada a não realizar amamentação cruzada?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada a amamentar iniciando pela última mama sugada?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada sobre amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do RN?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada ao esgotamento mamário caso esteja impossibilitada de amamentar?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foram verificados os sinais vitais?			(1) Pressão Arterial; (2) Pulso; (3)Temperatura; (4) Respiração
Foi verificado se há edema (inchaço)?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi lhe perguntado sobre suas eliminações fisiológicas?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientado autocuidado quanto à higiene e lavagem dos cabelos?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada quanto aos cuidados com a episiorrafia ou a cicatriz cirúrgica?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada sobre alimentação?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf;

			(R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada sobre a importância da ingesta de líquidos?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Foi orientada sobre os cuidados com os lóquios (sangramento)?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada a realizar a consulta puerperal na Unidade de Saúde?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.
Orientada a procurar o médico se houver choro e irritabilidade da puérpera após as primeiras seis semanas pós parto?			**Profissionais:**(E) Enfermeira; (M) Médico; (TE) Técnico de Enf; (R)residente; (ES) estudante.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL VINCULADAS AO SUS

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 25324513.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 655.372

Data da Relatoria: 16/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, dos alunos Giseli Campos Gaioski Leal e Fabio André Miranda de Oliveira, sob orientação da professora Lillian Daisy Gonçalves Wolff. Trata-se de uma pesquisa de avaliação normativa, transversal e abordagem quantitativa, na qual serão descritos aspectos da atenção perinatal das maternidades, relativos à estrutura e processos, no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério imediato. A atenção perinatal será avaliada também na perspectiva das usuárias desses serviços, dados estes obtidos a partir da entrevista de 150 puérperas. A avaliação da estrutura e dos processos da atenção perinatal em maternidades de risco habitual bem como a avaliação de usuárias acerca dessa atenção são, segundo os autores do projeto, indispensáveis para o reconhecimento das fortalezas e fragilidades, necessários ao planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência. Os resultados dessa pesquisa de avaliação normativa poderão oferecer informações à gestão do SUS, aos profissionais de saúde, aos usuários, bem como apontar novas estratégias para a obtenção de melhores indicadores de morbimortalidade materno-infantil e aumento da produtividade e eficácia das ações programáticas, assim como apontar para novas necessidades de pesquisa.O projeto foi aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e tem análise de

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2º andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-SES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL VINCULADAS AO SUS

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25324513.0.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 658.739

Data da Relatoria: 23/05/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Recomendações:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com parecer do CEP/UFPR.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Francisco Torres, 830
Bairro: Centro **CEP:** 80.060-130
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3350-9450 **Fax:** (41)3350-9320 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-SES

Continuação do Parecer: 658.739

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de pesquisa sobre os aspectos da atenção perinatal em duas maternidades do SUS-Curitiba, considerando estruturas e processos no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério imediato. Serão entrevistadas 150 puérperas, nas dependências da maternidade no segundo dia após o parto. Pesquisa de avaliação normativa, transversal e abordagem qualitativa.

Realizado o parecer técnico de viabilidade da pesquisa em comum acordo com o Coordenador do "Mãe Curitibana/Rede Cegonha" - DRAS - Wagner Dias.

CURITIBA, 23 de Maio de 2014

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)